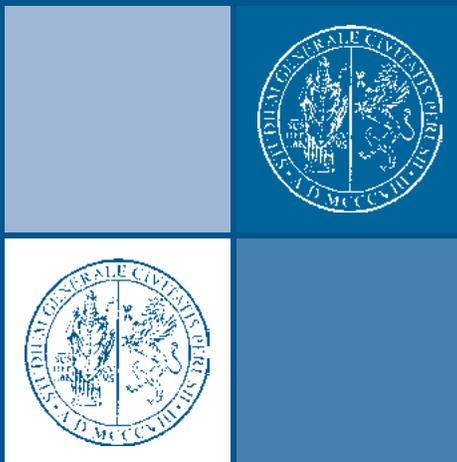


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



Modalità di abbonamento 2021

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
www.edizioniculturasalute.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

Estero

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia Fontivegge

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

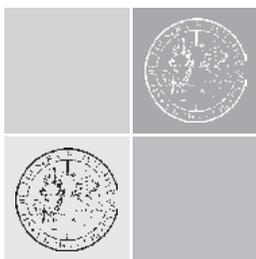
rivistecespes@gmail.com

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



ISSN 2280-0166
Online ISSN 2724-0010

SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 64, n.4, ottobre - dicembre 2020

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Carlos Alvarez-Dardet Diaz, Observatory of Public Policies and Health, University of Alicante, Spain / Margaret Barry, WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University, Galway, Ireland / Fabio Bianconi, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Anna Bonmati Tomàs, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia, Roma / Eric Breton, EHESP, Département Sciences humaines, sociales et des comportements de santé, Rennes, France / Enza Caruso, Dipartimento di Scienze politiche, Università degli studi di Perugia / Cordia Chu, School of Medicine, Griffith University, Queensland, Australia / Carla Collicelli, ASVIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità pubblica, medicina clinica e molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri, Milano / Enrico Desideri, Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità, Roma / Chiana de Waure, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli studi di Perugia / Paola Di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Università Alma Mater Bologna / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Marco Filippucci, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Elisabeth Fosse, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Fausto Francia, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Salvatore Genaci, Area sanitaria, Caritas Diocesana di Roma / Ali Ghaddar, Observatory of Public Policies & Health, Lebanese International University, Beirut, Lebanon / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Guido Giarelli, Dipartimento di Scienze della salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Theodor Hanatau, Romtens Foundation, Bucharest, Romania / Arnd Hofmeister, German Network Universities for Health, Berlin / Marco Ingresso, Dipartimento di Studi umanistici, Università di Ferrara / Dolores Juvinyà Canal, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Lynne Kennedy, Department of Clinical Sciences and Nutrition, University of Chester, UK / Maria Koelen, Department of Social Sciences, Wageningen University, Netherlands / Domenico Lagravinese, Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari / Joe Leutzinger, Health Improvement Solutions, USA / Bengt Lindström, IUHPE Global Working Group on Salutogenesis, Norwegian University of Science & Technology, Trondheim, Norway / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Michele Masanotti, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Massimiliano Minelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Maurice B Mittelmark, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Massimo Moretti, Dipartimento di Scienze farmaceutiche, Università degli studi di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli Studi di Perugia / Maristella Pitzalis, Ecologia agraria, Università degli studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Carlo Romagnoli, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, psichiatra / Maria Dolores Solé Gomez, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Spain / Fabrizio Stracci, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità pubblica, Università Federico II, Napoli / Lenneke Vaandrager, Department of Social Sciences, Wageningen University, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze economiche e sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Milena Villarini, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi di Perugia / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia / Richard Wynne, Work Research Centre, Dublin, Ireland / Magdalena Wrzesińska, Department of Psycho-social Rehabilitation, Medical University of Lodz, Poland

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 64, n.4, ottobre-dicembre 2020

- 443 *In questo numero*
- Editoriale* 445 In ricordo di Antonia Modolo
In memory of Antonia Modolo
Giovanni Barro
- Articoli* 448 Alessandro Seppilli, maestro di concrete utopie
Alessandro Seppilli, real utopia master
Lamberto Briziarelli
- 463 Un nuovo patto di cura per il piano di rilancio del SSN
A new pact of care for the recovery plan of NHS
Marco Ingrosso
- 482 La prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro per lo sviluppo sostenibile: le strategie dell'Unione Europea
Workplace health prevention and promotion for sustainable development the European Union's strategies
Elisabetta Calvo, Martina Dominici, Dante Alpi
- 497 Fragilità e cronicità a Rieti: tra sisma e pandemia Covid-19
Fragility and chronicity in Rieti: between the earthquake and the Covid-19 pandemic
Giorgio Banchieri, Assunta De Luca, Mariella D'Innocenzo, Pietro Manzi
- 515 Ripensare la promozione della salute a scuola nell'emergenza Covid-19. Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti
Rethinking health school promotion during the Covid-19 emergency. Fact-finding survey on critical issues and needs expressed by teachers
Giada Fioretti, Sonia Bacci, Elisa Marceddu, Marco Cristofori

-
- 534 La narrazione come strategia di promozione del benessere nel supporto psicologico a soggetti Covid-19 positivi e alle loro famiglie. L'esperienza dell'ASL Napoli 2 Nord
The storytelling as a strategy for promoting well-being in psychological support to positive Covid-19 subjects and their families.
The experience of the ASL Napoli 2 Nord
Pasquale Fallace, Maria Pia Costa, Rossella Esposito, Rosaria Pandolfi, Enrico Bianco
- 556 Chat ConTatto! un intervento di supporto psicologico on line rivolto ad adolescenti e giovani adulti: esiti di una valutazione quantitativa e qualitativa
Chat ConTatto! an online psychological support intervention for adolescents and young adults: results of a quantitative and qualitative analysis
Roberta Alagna, Maddalena Bazzoli, Viviana Lisetti, Manola Tognellini
- 574 Neuropsichiatria Infantile e pandemia. La narrazione come risorsa ai tempi del CoVid-19
Child Neurology and Psychiatry in a Pandemic Narration as a resource during CoVid-19
Aurora Piaggese, Giulia Bini, Silvia Carpi, Barbara Parrini, Stefania Bargagna
- Recensione* 592
- Documenti* 595 Indagine emergenza COVID-19
Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI)

In questo numero

Nel 2020 è ricorso il 25.ale della scomparsa di Alessandro Seppilli, fondatore della Rivista. *Lamberto Briziarelli* lo ricorda con la lettura magistrale tenuta in occasione della sessione inaugurale del XLII Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, il 16 ottobre 2019 a Perugia. Trattazione nella quale l'insegnamento del Maestro sul ruolo del SSN emerge drammaticamente evidente nell'attuale pandemia.

La percezione della Medicina da parte della popolazione italiana è profondamente cambiata durante il periodo di diffusione della pandemia da Covid-19, afferma *Marco Ingrosso* nell'incipit del suo contributo. A partire da questa riflessione, l'Autore propone una analitica rassegna dei modelli di organizzazione sanitaria orientati al cambiamento delle relazioni di cura e definisce un percorso per nuovo patto-alleanza di cura, che ripensi la partecipazione quale elemento da sempre fondante il SSN.

Elisabetta Calvo et al attraverso l'analisi di revisioni sistematiche, pubblicazioni della letteratura scientifica e un caso di studio illustra come l'implementazione di programmi della rete ENWHP per la promozione della salute nei luoghi di lavoro, oltre a incrementare la salute e il benessere dei lavoratori, contribuisca alla produttività e potenzi l'immagine pubblica dell'azienda.

L'articolo di *Giorgio Banchieri et al* descrive e sintetizza l'esperienza condotta dalla direzione strategica della USL di Rieti per affrontare la problematica fragilità-cronicità di fronte a due eventi devastanti: sisma e pandemia. La sperimentazione e il perfezionamento di modalità di lavoro in rete, rimodulando l'organizzazione dei servizi territoriali e il loro rapporto con il livello ospedaliero, ha consentito la gestione della complessità.

Giada Fioretti et al riferiscono un'indagine su un campione di insegnanti della Regione Umbria appartenenti a tutti i cicli scolastici - realizzata attraverso un questionario - finalizzata a comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione delle attività nel prossimo anno scolastico. Dall'indagine emergono importanti elementi per la comprensione della didattica a distanza e l'utilizzo di internet.

L'emergenza sanitaria Covid-19 è divenuta rapidamente un'emergenza psicologica. Il lavoro di *Pasquale Fallace et al* descrive l'esperienza di intervento di supporto psicologico a pazienti Covid-19 e ai loro familiari condotta dal servizio "Parlane con me!" attivato

presso la ASL Napoli 2 Nord, con l'obiettivo di contenere l'ansia della popolazione nelle prime fasi di diffusione del virus in Italia. I professionisti hanno fatto riferimento alle acquisizioni della Psicologia delle emergenze e alle tecniche del Counselling motivazionale, ma la drammaticità delle situazioni e le emozioni impattate li ha necessariamente condotti a costruire sul campo nuovi riferimenti e nuovi percorsi operativi per alleviare la sofferenza delle persone e dei loro vissuti.

Lo studio di *Roberta Alagna et al* presenta la valutazione quantitativa e qualitativa dei dati del Servizio di consulenza psicologica relativi al progetto sperimentale "Chat Con-Tatto!" rivolto ad adolescenti e giovani adulti.

Dai dati quantitativi, nello specifico dalla valutazione della frequenza della richiesta, si evidenzia - attraverso il monitoraggio dell'affluenza - l'importanza di rispondere prontamente all'emergenza in atto. La valutazione qualitativa evidenzia come di fronte ai grandi temi della vita con i quali la pandemia ha costretto tutti a confrontarsi, come l'incertezza, la vulnerabilità, la malattia e la morte, i nuovi adolescenti siano spesso impreparati, incapaci di tollerare frustrazione e dolore mentale.

In conclusione riportiamo l'articolo di *Aurora Piaggese et al* riferito a un'esperienza di formazioni in story-telling e medicina narrativa, rivolto ad operatori dell'Istituto di Riabilitazione dell'IRCCS Fondazione Stella Maris e a genitori di pazienti in età evolutiva - iniziata in epoca pre-pandemica - risultata dalla valutazione utile per i destinatari durante l'esperienza della pandemia.

Lo studio ha evidenziato come coloro che avevano ricevuto gli strumenti per formulare in ottica narrativa la situazione in cui si trovavano e, sotto forma di diario, le emozioni che stavano vivendo, hanno trovato un prezioso alleato, grazie al quale superare senso di disperazione e smarrimento.

Nella Sezione *Documenti* sono presentati i risultati di una indagine della SItI (Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica) sull'emergenza Covid-19, con proposte finalizzate a migliorare la preparazione per gestire una pandemia e a rafforzare e innovare l'organizzazione e le attività di prevenzione.

Editoriale

In ricordo di Antonia Modolo *In memory of Antonia Modolo*

Giovanni Barro

Antonia Modolo ci ha lasciati dopo una vita da Gigante. La definizione può sembrare enfatica e risaputa, ma si adatta perfettamente a definire la grandezza del personaggio che ha "semplicemente" inventato l'educazione sanitaria come strumento fondamentale del servizio sanitario pubblico.

Senza di Lei quella che è stata una grande conquista sarebbe rimasta priva del puntello fondamentale di servizio basato sulla centralità del cittadino per l'affermazione di un sistema pubblico interamente dedicato alla tutela della salute.

Così lo aveva voluto il suo e nostro grande maestro Alessandro Seppilli (per tutti il Professore) ricollegandolo alle radici della sanità pubblica italiana sulle orme del neonato National Health Service britannico all'indomani della riforma della sanità inglese, una riforma, non si dimentichi, fondativa del moderno Welfare State.

La legge 833 costitutiva del servizio sanitario italiano raccoglie questi stimoli all'interno di un disegno unitario portato alla sintesi alla fine degli anni Settanta e al culmine di una stagione di riforme in cui tutto il sistema italiano ricevette una scossa di innovazione.

L'educazione sanitaria voluta da Antonia Modolo sintetizza il risultato di quella grande spinta intellettuale e politica maturata all'interno delle aspirazioni di rinnovamento, nella cornice di un disegno che vide unificarsi gli obiettivi di salute della società.

Posso dire di aver conosciuto Antonia da una vita. Parlare di Lei significa parlare anche di me, poiché il nostro rapporto rappresenta un discorso durato almeno cinquanta anni in cui Antonia mi ha guidato nella creazione dell'educazione sanitaria.

La nostra amicizia ebbe inizio nelle stanze del Centro di Educazione Sanitaria di Perugia in via del Giochetto e proprio all'interno di un "buco", la piccola stanzetta al quarto piano del vecchio Istituto di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia, partirono tante

idee da cui s'irradiarono iniziative che fecero conoscere a tutto il mondo l'educazione sanitaria.

Antonia era approdata lì in quanto titolare di una borsa di studio finanziata dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che la mise a contatto con l'esperienza del servizio sanitario britannico. Tornata da Londra ebbe una delle sue formidabili intuizioni: istituire un centro da cui si dipanavano corsi estivi di educazione sanitaria, prima, vera esperienza di cambiamento della cultura della salute nella nostra società. Quei corsi estivi conquistarono presto una notorietà grazie alle grandi personalità nazionali e internazionali coinvolte e divennero una palestra di formazione indimenticabile per giovani dalle diverse esperienze mediche, antropologiche, umanistiche. Fu un progetto davvero rivoluzionario che rese la scienziata Antonia Modolo pioniera di una nuova cultura della salute.

A proposito, ho ancora vivido il ricordo della straordinaria esperienza vissuta a Matera. Antonia aveva a cuore quel territorio e con esso tutto il Meridione. Ispirata dall'amicizia con Rocco Mazzarone, medico e grande intellettuale, animatore delle lotte di rinascita del Meridione, Antonia volle realizzare proprio in quei luoghi un grande progetto d'intervento pubblico di sanità, mettendo la scienza al servizio della società. Fu incredibile pensare e fare educazione sanitaria tra i Sassi, in mezzo alle galline, agli animali e agli uomini e le donne che lì abitavano. E questo avvenne in un tempo in cui i Sassi erano "normali" ambienti di vita per quelle popolazioni ancora costrette da uno stato di degrado sociale, quando la coabitazione uomo-habitat naturale era una millenaria tradizione ma, soprattutto, una amara necessità.

Ma di Antonia rimane anche l'autorevolezza conquistata nel campo scientifico internazionale. Fu una fondamentale collaboratrice dell'Amministrazione di Aiuti Internazionali, grazie a questo ruolo le fu facile, data la sua natura libera e culturalmente all'avanguardia, allargare continuamente i suoi orizzonti.

Tutte queste esperienze e conoscenze accumulate in campi diversi divennero un patrimonio di studi e di ricerche che trovarono un efficace sbocco nella rivista trimestrale "Educazione Sanitaria", in cui far confluire il succo delle sue esperienze di vita e di pensiero ricavate e rielaborate attraverso la continua conquista di spazi culturali di vita vissuta.

Un tale profilo di donna moderna e determinata approdò quasi naturalmente nella politica attiva, dove le sue idee e i suoi ideali poterono essere messi al servizio della collettività, del bene comune, in una parola della democrazia. Sono stati pure decisivi gli anni passati nelle aule di Palazzo Madama come senatrice del Partito Socialista dell'Umbria.

Concludo con un piccolo ricordo che rimarca la vera natura di Antonia, l'aver svolto la funzione che Jurgen Habermas attribuisce all'intellettuale della modernità, quella di informare e rendere consapevole, con il pensiero e la testimonianza di vita, l'opinione pubblica delle società contemporanee. Dalle frequenze radiofoniche di una storica trasmissione della Terza Rete Rai "Prima Pagina", più volte, nelle prime ore del giorno,

sentivamo la sua voce affrontare, con grande lucidità, questioni legate ai temi della salute e della democrazia. In particolare Antonia interveniva ogni volta che c'era bisogno di difendere l'idea democratica ed egualitaria di salute e di sanità, in anni in cui tutti i servizi pubblici erano denigrati a favore di una certa idea di salute privatistica e privatizzata.

Tutta questa tempesta di idee e di azioni maturarono all'interno di un corpo fragile nel fisico, ma corazzato dalla volontà di trasformare il mondo strappandolo dalle disegualianze. E come i veri scienziati riescono a fare, Antonia ha messo in discussione un paradigma, quello weberiano dell'azione sociale, dimostrando che è possibile agire eticamente conciliando, e non contrapponendo, ottimismo della volontà e della ragione.

Questa è la grande eredità che Antonia ci lascia.

Alessandro Seppilli, maestro di concrete utopie

Alessandro Seppilli, real utopia master

Lamberto Briziarelli

Ordinario di Igiene nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia, Socio onorario della SItI

Parole chiave: patto di cura, partecipazione al SSN, relazione di cura, modello organizzativo

In memoriam

Nel 2020 ricorre il 25.ale della scomparsa di Alessandro Seppilli, il fondatore della Scuola di Igiene dell'Ateneo perugino, al servizio di tre Facoltà e numerosi Corsi di Laurea. Lo facciamo riportando la Lettura tenuta in occasione della sessione inaugurale del XLII Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene e Sanità pubblica, il 16 ottobre 2019 a Perugia, dall'ultimo degli allievi più vicini al Maestro.

Il ricordo è particolarmente importante in un momento in cui gli insegnamenti e l'operatività del grande uomo e della sua scuola debbono essere interamente richiamati per metter mano ad un recupero essenziale del Servizio sanitario, di fronte al Covi-sars 2.

Essa ha mostrato in modo inequivocabile come la grande diffusione del virus con il gravissimo carico di malati e morti sia da attribuire alle pessime condizioni in cui versa, a seguito di una scellerato politica di tagli e ai tentativi di smantellamento dei caratteri fondamentali su cui era stato fondato il Servizio Sanitario Nazionale, uguaglianza, solidarietà, universalità.

In memoriam

25 years ago died Alessandro Seppilli, Perugia University Public Health School founder, based on three Faculties. We recall his memory throughout a Lecture of one of his pupils at the Opening session of Italian Association of Hygiene and Public Health Congress in Perugia, 16th October 2019.

For the time being, Seppilli and his school lessons and activities are particularly important as fundamental resources to recover the health service facing the Covi-sars 2 pandemic.

The virus incredible diffusion, associated to a very high level of morbidity and mortality, appears largely associated to the Health services worst conditions created by scarcity of resources allocated during the last 20 years and the dismantling of National Health Service principles: solidarity (risk pooling), equity, universality.

Autore per corrispondenza: lamberto.brizia@gmail.com

Parole Chiave: ricerca, insegnamento, politica; fumo, freddo, fluoro, famiglia; educazione e promozione della salute; programmazione e organizzazione sanitaria

RIASSUNTO

Alessandro Seppilli, rientrato dall'esilio imposto dalle leggi razziali fasciste, giunse a Perugia alla fine degli anni '40, creò in un prestigioso Istituto universitario, la grande Scuola di Igiene dell'Ateneo perugino, al servizio di tre Facoltà e di numerosi Corsi di Laurea. Di carattere fermo, determinato, cresciuto nella Trieste asburgica del primo novecento, Egli esprime una personalità assai complessa, con diverse sfaccettature, docente, politico e ricercatore; tutta la sua lunga carriera era ispirata da tre grandi principi: elaborare idee, produrre programmi, formare persone, tecnici esperti e popolo.

Come ricercatore, accanto ai temi tradizionali (microbiologia, malattie infettive, igiene ambientale) introdusse forti innovazioni; le quattro effe (Fumo, Fluoro, Freddo, Famiglia), Educazione e Promozione della salute, Programmazione e organizzazione sanitaria. Tutti questi aspetti furono condotti e sviluppati nel suo Istituto con attività di studio e ricerca, di applicazione concreta nella società, italiana e internazionale.

Come politico, da sindaco, diresse la città di Perugia per tutti gli anni "50, guidando il processo di modernizzazione dopo la grande guerra, sul piano culturale, economico e sociale. Dando il via a processi di riorganizzazione e di decentramento dei poteri centrali, con importanti innovazioni nel campo della salute pubblica, con un moderno Ufficio di Igiene ed un servizio di medicina scolastica, la creazione delle Assistenti sanitarie in appoggio alle condotte mediche ed ostetriche.

Come insegnante dispiegò un grande impegno per la formazione di operatori sanitari e per la creazione di una coscienza sanitaria della popolazione, che chiamava "soggetto del sistema sanitario". Dalla Scuola di Specializzazione una vera massa di Igienisti si riversarono nell'intero Paese, nei Comuni, nelle Province, nelle regioni, negli ospedali. Con il Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, creato nei primi anni "50, furono formati altrettanti esperti, nella sanità e nel sociale, per un'azione educativa nei confronti della popolazione, nelle scuole, nei luoghi di lavoro. Con una grande attività in campo internazionale.

Egli va ricordato come un grande maestro, nel pieno senso del termine, assieme al ruolo di Padre della Riforma sanitaria, avendo guidato la Commissione nazionale che produsse il rapporto per la formazione del Servizio Sanitario Nazionale, sancito nella legge 833 del 1978.

Key words: research, education, politics; smoke, cool, fluorine, family; health education and promotion, health planning and organization

SUMMARY

Alessandro Seppilli, back to Italy after the fascist laws exile, in the late 40ies become Professor at Perugia University and create a great School of Public Health, based on four Faculties and numerous Degree Courses. Grown in the Hapsburg Trieste of the early twentieth of XXth century, He had a firm determined character and expressed a very complex personality, with different facets: as teacher, politician and researcher; along all life span He was inspired by three major principles: developing ideas, producing programs, educating technical experts and people.

As a researcher, dealing with the traditional discipline topics (microbiology, infectious diseases, environmental hygiene.....) introduced strong innovations; the four Smoke, Fluorine, Cold, Family; Education and Health Promotion; Health Planning and Organization. In his Institute all these aspects were developed, with study and research activities having concrete application as well at national and international level.

As a politician, Perugia mayor along all 50s after the great war, He led a process of cultural, economic and social modernization. He started the process of reorganization and decentralization of central powers, with important innovations in the field of public health: a modern Office of Hygiene and School medicine service, health assistants in support of local medical and obstetrical services creation.

As teacher he demonstrated a great commitment in health workers training and creation of a population ("subject of the health system") health consciousness. A true hygienists mass poured into the entire Country from the School of Specialization. In municipalities, provinces, regions and hospitals. As well as much experts in health care and social work, for educational action towards the population, in schools and workplaces trained in the Experimental Center for Health Education, created in the early 1950s. With a great activity in the international field.

He should be remembered as a great teacher, in the full sense of the term, along with the role he played as Father of Health Reform, having led the National Commission that produced the report for the formation of the National Health Service, enshrined in Law 833 of 1978.

Sono particolarmente toccato per l'onore che mi è stato fatto invitandomi a tenere questo intervento nell'Assise nazionale della SItI; ringrazio i due Presidenti, nazionale e regionale, assieme agli organismi dirigenti soprattutto per aver voluto ricordare ancora una volta Alessandro Seppilli, un uomo che sicuramente può essere collocato nella serie dei passati grandi maestri delle scuole Igienistiche: a partire dal XIX secolo e lungo tutto il XX, da Pagliani (artefice della riforma del 1888) a Crudeli, Celli, De Blasi, Petragiani, Giovanardi, Angelillo. Che hanno illustrato l'Igiene sia nel campo della ricerca e della formazione, nella creazione di grandi scuole; di essi dobbiamo tenere sempre a memoria le opere ma soprattutto i pensieri.

Nato nel 1902 a Trieste, Alessandro Seppilli crebbe nell'austero clima austroungarico, da una famiglia ebrea di origini boeme e conservò un carattere severo, determinato, molto rigoroso in tutte le sue vicissitudini. Era studente brillante e un po' esagerato (mi confessò di aver preparato l'esame di fisiologia su testi tedeschi e potei così conoscere Jakob Moleschott (1), autore di un trattato sulla nutrizione, per la popolazione. Laureato con lode, a Firenze nel 1926, dopo un breve passaggio con il grande anatomico Chiarugi entrò a far parte della Scuola padovana diretta da Oddo Casagrandi, iniziando nel 1928 la carriera di docente e di ricercatore nel campo dell'Igiene. Conseguì nel 1932 la Libera Docenza, dal '35 al '38 ricoprì la carica di Professore Incaricato e successivamente di Direttore dell'Istituto di Igiene nell'Università degli Studi di Modena. Costretto ad emigrare in Brasile, nel '46 fu reintegrato nell'incarico all'Università di Modena e nel '49 fu chiamato a ricoprire la Cattedra di Igiene presso la Facoltà di Farmacia dell'Università di Perugia; incarico che mantenne fino al 1977, data del collocamento a riposo. Per quattordici anni fu incaricato dell'insegnamento di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia della stessa Università, con la Direzione dell'Istituto di Igiene e della Scuola di Specializzazione; senza mai essere chiamato in questa Facoltà. Dal '60/61 al '76/77 fu

Preside della Facoltà di Farmacia e nel “78 gli fu conferito il titolo di “*Professore Emerito*”. Ebbe anche altri importanti riconoscimenti: la *Medaglia d'oro al Merito della Sanità Pubblica dal Ministero della Sanità e la Medaglia d'oro per i Benemeriti della Scuola, della Cultura e delle Arti* dal Ministero della Pubblica Istruzione.

Ricoprì importanti incarichi in altre istituzioni culturali come l'Istituto italiano di Medicina Sociale, la Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, il Comitato Italiano per l'Educazione Sanitaria.

Un maestro di concrete utopie (2)

Alessandro Seppilli fu un grande uomo, in tutti i vari settori nei quali applicò il suo ingegno e la sua opera, una personalità composita nella quale si ritrovano tre diverse dimensioni.

Il suo primo impegno fu senza dubbio quello di insegnante, anche se è forse più noto per i suoi contributi nel campo della ricerca applicata all'Igiene, come nella costruzione del Servizio Sanitario e dell'Educazione Sanitaria.

Ritengo tuttavia che Seppilli debba essere visto soprattutto come maestro, non solo docente d'Igiene, bensì di una grande articolazione di insegnamenti che ruotano tutti attorno ad un pensiero centrale, come scrisse <liberare l'uomo dalla schiavitù della malattia e della sofferenza, dalla subordinazione e dal servaggio dovuti all'ignoranza e al pregiudizio, rendendolo arbitro autonomo delle scelte relative alla sua salute e non solo>. Questo era il suo insegnamento per il quale ha elaborato strategie teoriche e disegni operativi, progressivamente rielaborando la materia dell'Igiene, esaltando quella parte più vicina all'intervento sull'uomo. Lavorando sempre attorno a grandi Utopie ma concrete, praticabili, realizzabili, quasi sempre controcorrente rispetto ai suoi contemporanei, anticipatore di eventi che sarebbero regolarmente accaduti in tempi più o meno lunghi. I suoi strumenti furono, l'**elaborazione** di idee, la **realizzazione** di modelli, la formazione degli uomini.

Il maestro e il ricercatore (3)

Nel leggere le opere di Alessandro Seppilli, si individuano più anime nel Suo pensiero e nella Sua azione accademica, volta allo studio speculativo dell'Igiene che spazia in numerosi campi di indagine che esplorò in termini pionieristici, su settori tradizionali e innovativi, distinta in due periodi, separati dall'esilio.

Nel primo la massima parte fu dedicata allo studio dei batteri patogeni nell'ambiente ed alle profonde modificazioni morfologiche di essi con le implicazioni diagnostiche, epidemiologiche e tassonomiche. Interessanti e pionieristiche furono le ricerche sull'infezione tifica nei mitili, sui recipienti a perdere nell'approvvigionamento del latte, sulle applicazioni dell'ozono in sanità pubblica e soprattutto sull'influenza delle variazioni di campo elettrico sui fenomeni biologici, che saranno poi riprese successivamente.

Nel secondo periodo l'attività scientifica, arricchita da stretti e numerosi collaboratori, è stata indirizzata su temi del tutto innovativi. L'Istituto di Igiene di Perugia era noto come "l'Istituto delle quattro F": Fluoro, Freddo, Fumo, Figli, che costituivano le Sue principali linee di ricerca:

- indagini sulla *profilassi della carie dentaria con il fluoro* con Adele Candeli
- studi sull'applicazione delle *basse temperature nella conservazione degli alimenti* con il freddo e la crioresistenza batterica, ancora con Candeli e Giuseppina Scassellati
- gli studi iniziati nel 1961 relativi alla valutazione dell'*attività cancerogena del fumo di sigaretta* ancora Scassellati
- l'elaborazione di programmi di *pianificazione familiare*, primi e fondamentali contributi in Italia per lo sviluppo della *procreazione responsabile*. Con Maria Antonia Modolo, che versa oggi in precarie condizioni di salute, alla quale voglio da qui inviare un caro saluto.

Altre tematiche, minori per spazio ma non per importanza, furono quelle relative all'*endemia gozzigena* svolte dal 1948 al 1966 in Umbria e in Toscana (Grosseto), sull'endemia di cretinismo gozzigeno in Lucania, mai prima di allora descritta.

Ed ancora, riguardo la sopravvivenza dei germi patogeni nell'ambiente, il monitoraggio microbiologico in ambienti a rischio (*studi odontoiatrici, industrie alimentari e impianti di smaltimento di rifiuti solidi e di acque reflue*); l'applicazione delle radiazioni UV nella potabilizzazione delle acque destinate al consumo umano.

Non di poco conto l'istituzione di un efficiente reparto di Virologia, (collegato con i Servizi del Ministero della Salute), con la collaborazione di Mario Pitzurra, con importanti ricerche sui virus poliomielitici e poi con da Anna Maria Iorio.

Le prime indagini sul problema dell'*influenza dei fattori ambientali sulla salute* risalgono al 1934, con lo studio degli effetti delle variazioni del campo elettrico sui fenomeni biologici, condotte sulla capacità procreativa di popolazioni microbiche e della *Drosophila melanogaster*.

Ricerche sull'inquinamento atmosferico nella Provincia di Terni e sullo stato delle acque delle Province di Perugia e di Terni, notevole apporto all'elaborazione di una "*Mappa degli inquinamenti della Regione Umbria*".

Sui mezzi alternativi al cloro per la potabilizzazione delle acque destinate al consumo umano, sull'uso di contenitori a perdere per le acque potabili, sulla doppia condottazione per l'acqua potabile; quest'ultima proposta sarà inserita, dopo oltre trent'anni, nel Decreto Legislativo n.152.

Studi sull'epidemiologia dei tumori continuarono con l'analisi della mortalità per cancro a cavallo dei censimenti del 1931 e 1951, del 1961 e del 1971 e successivamente con studi sulla "*cancerogenesi/mutagenesi ambientale*", "*antimutagenesi/anticancerogenesi*"; altre attività hanno portato all'istituzione di un efficiente *Registro Tumori dell'Umbria*, gestito

oggi da Fabrizio Stracci nella Sezione di Igiene e sanità pubblica della nostra Università, ora in pericolo per minacciate improvvise decisioni del Governo regionale.

Infine, le più recenti ricerche di Epidemiologia ambientale, specie nella provincia di Terni e gli studi sulla Promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Da ultimo ma non ultimo, il settore verso il quale Alessandro Seppilli profuse il suo impegno con grande tenacia, le attività di *Educazione alla salute* e della *Programmazione sanitaria* (4), cui dedicherà una grande parte del suo impegno nelle fasi più mature della sua vita accademica ed oltre, fino alla sua scomparsa.

Negli anni cinquanta, rispondendo agli stimoli dell'OMS, colloca Perugia all'avanguardia fondando assieme al medico provinciale Sganga il Centro sperimentale dimostrativo di educazione sanitaria della popolazione. Divenuto poi Centro sperimentale per l'educazione sanitaria ed incorporato nell'Ateneo, ha guadagnato un grande prestigio e tuttora opera con attivi rapporti a livello nazionale e internazionale. In quest'operazione, Seppilli fu coadiuvato continuamente da Maria Antonia Modolo (che voglio ancora ringraziare per il suo eccezionale lavoro), direttrice del Centro lungo tutta la sua attività accademica, assieme a validi collaboratori come Maurizio Mori ed Anna Ferrari. Dopo di Lei il sottoscritto. Oggi, con il nuovo nome di Centro Sperimentale per l'educazione sanitaria e la promozione della salute, è inserito tra i Centri di ricerca dell'Ateneo, sotto la direzione di Giuseppe Masanotti.

Intorno al concetto di *cultura della salute*, che costituirà l'impegno culturale degli ultimi anni della sua vita Seppilli ha lasciato un' eredità tangibile, con la creazione di una "Fondazione per una cultura della salute", intitolata ad Angelo Celli, ricercatore, educatore, politico, cui Egli si considerava molto affine.

Accanto alla definizione di salute, Seppilli elabora una prima e una seconda definizione di educazione sanitaria. Entrambe contengono elementi che ritroveremo nella cultura e nella lettera della riforma sanitaria: l'educazione come *intervento sociale*, l'intervento sui *comportamenti* e non solo sulle conoscenze, con la necessità di approfondire gli elementi culturali e gli *interessi dei soggetti*.

L'operatività del Centro sperimentale allarga i suoi orizzonti ben oltre la realtà locale; sviluppando ampi rapporti nazionali e internazionali. Ha partecipato alla fondazione del Comitato italiano per l'educazione sanitaria (poi denominato "*Confederazione italiana per la promozione ed educazione della salute, CIPES*") di cui Seppilli sarà presidente, seguito dal sottoscritto. Con il CIES il Centro organizzò negli anni "50 la Terza Conferenza dell'Unione internazionale per l'educazione sanitaria. Da questa un lungo percorso di rapporti internazionali, con la presenza di Seppilli e di suoi allievi nel Board dell'Unione internazionale per l'educazione sanitaria (oggi Unione internazionale per la promozione e l'educazione alla salute). Il Centro ha ospitato l'Ufficio europeo dell'Unione stessa per due mandati (1986 - 1991), e ha organizzato la prima (Madrid 1987), la seconda (Varsa-

via 1991) e la sesta Conferenza europea (Perugia nel 2003).

In questo ambito il Centro partecipa a numerosi gruppi di lavoro, organizzando un Master europeo ed un Dottorato di ricerca.

Nel settore tradizionale l'opera di Seppilli è comunque continuata nel lavoro dei suoi allievi con ampio sviluppo di tutti i settori che abbiamo sopra ricordato.

Politico e amministratore (3)

Seppilli dedicò parte della sua attività multiforme all'impegno nella Polis mettendo in pratica nella vita quotidiana le sue intuizioni di scienziato e le scoperte di ricercatore. Per ben undici anni diresse il Comune di Perugia, un periodo in cui la città avviò la più grande trasformazione della sua secolare storia, con l'assunzione del superamento dell'arretratezza delle campagne, come riforma umbra e come rinascita del ruolo della città.

In presenza di un forte conflitto sociale e di turbolenze continue si erano uniti uomini e partiti molto diversi tra loro e si stabiliva un'unità d'interessi e d'intenti tra città e campagna. Vincere la modernizzazione e, con essa, le forze che ne avevano abbracciato la causa. Il Comune, diretto da Alessandro Seppilli, col contributo di un gruppo di giovani assessori ai quali egli seppe dare fiducia ed autonomia, acquistò nuovo rilievo sul piano sociale in sintonia con l'impegno riformatore, assumendo anche un compito di più largo significato.

Furono prese misure di politica finanziaria con l'esenzione della tassa di famiglia, approntato il "Regolamento d'igiene e sanità dei fabbricati rurali" ed una serie di opere nelle frazioni (la rete elettrica, quella idrica, il servizio telefonico).

Tra il 1954 e il 1962 avviene la predisposizione del Piano Regolatore Generale.

Nel 1955 il Comune acquistò terreni da destinare al trasferimento della piccola e media industria, fra cui per l'insediamento della "Perugina" a S. Sisto, affrontò la dura crisi idrica della città, realizzò l'ampliamento del servizio filoviario, la piscina, il mattatoio.

Nel 1957 il Comune concorreva all'istituzione della facoltà di Lettere e Filosofia.

L'accordo con l'Ente teatrale italiano consentiva, nel restaurato teatro Morlacchi, un'attività di alto livello, si dava inizio alla stagione operistica e, con la presenza del grande Armstrong, si aveva un'eccezionale esecuzione di musica jazz. Il Comune dava il suo sostegno al Cineclub, agli "Amici della Musica" e ai suoi programmi di notevole prestigio. La Sagra musicale, con la preziosa collaborazione del maestro Francesco Siciliani, poteva avvalersi di grossi complessi musicali e di prestigiosi direttori. Si dava una nuova sistemazione alla Biblioteca comunale. Forte era l'impegno nel campo dell'istruzione con numerose opere di edilizia scolastica nelle campagne e in città.

Grande l'azione sui problemi della salute con la creazione di un efficientissimo Ufficio comunale di Igiene (Ufficiale sanitario Perari), struttura di particolare rilevanza, con un importante servizio di Medicina scolastica (Losito Baldasserini), preso ad esempio da

molti altri comuni d'Italia; la creazione delle ASV condotte accanto ai medici ed alle ostetriche, e negli anni "60 lo sviluppo di campagne per la prevenzione del cancro della cervice uterina e della TBC, mediante schermografia, in collaborazione con le Province, i Consorzi, i Laboratori Provinciali di Perugia e Terni ed il Centro Sperimentale diretto dalla Modolo.

Seppilli spingeva anche il Comune ad adeguare la macchina comunale ai nuovi compiti della funzione amministrativa segnando l'inizio di una sostanziale modificazione del suo ruolo.

Nel famoso "Manifesto al popolo umbro" del novembre 1959 veniva affermato: "Gli Enti Locali non possono più restare organi funzionanti subordinata-mente al volere, ai regolamenti, alle possibilità molto limitate concesse da un'autorità centrale" e s'invocava, ai fini dello sviluppo economico, "una radicale trasformazione di struttura dello Stato accentratore e autoritario". Il Comune cambiava decisamente di ruolo: nello storico rapporto tra centro e periferia, divenendo così strumento d'innovazione e di sviluppo.

Sono gli anni in cui tutta l'Umbria vive l'esperienza del regionalismo con la proposta del Piano di sviluppo economico, che avrebbe avuto un grande rilievo a livello nazionale.

E si giunge così alla terza faccia di Seppilli, il riformatore, nella battaglia per una Sanità Pubblica e universale, le radici concettuali della quale si ritrovano nelle attività di ricercatore e di docente. All'esperienza della gestione comunale si aggiungono altri elementi accanto al *diritto*, obiettivo politico: la *capillarità* del sistema come organizzazione, l'impegno delle autorità che gestiscono la *polis*, la *comunità* che deve essere partecipe, realtà di una politica democratica capace di garantire la continuità e la sostenibilità nella globalità della promozione della salute.

Seppilli sottolineava: "*La popolazione (deve essere) soggetto del sistema*"...

Come si vede, già nell'intenso lavoro degli anni cinquanta si evidenziano gli elementi centrali per la elaborazione del progetto per un nuovo sistema sanitario: il concetto di unità e globalità della salute e l'equilibrio nella promozione, il coinvolgimento e il metodo per la partecipazione consapevole, l'organizzazione con contributi plurimi, l'impegno degli attori del sistema, la formazione.

Negli anni sessanta di fatto erano stati elaborati tutti gli ingredienti fondamentali per il passaggio a quella che sarebbe stata l'attività nella quale profuse l'impegno maggiore nel quale erano confluite le esperienze dei restanti impegni: *unità della salute, partecipazione, educazione, comunità, territorio, gestione politica*.

Verso la riforma sanitaria, il ri-formatore (5)

Il trattino sta ad indicare la doppia logica: riformare le strutture e formare le persone, i professionisti e la popolazione.

L'idea di un processo riformatore della sanità aveva già trovato fondamenta sicure in

alcuni fatti concreti:

- nel 1945 alcuni intellettuali che avevano partecipato alla resistenza contro il nazi-fascismo costituirono nell'Università di Padova una "Consulta della sanità del CLN triveneto" (alla quale partecipa Augusto Giovanardi). Sul contributo di questo gruppo si può leggere un' esauriente sintesi in un volume pubblicato recentemente dal nostro Vittorio Carreri (6)
- nel 1946 il Piano Beveridge aveva gettato le basi del Welfare State e, nel suo ambito, del *National Health Service* entrato in funzione nel 1948
- alla fine degli anni "50 la CGIL aveva sollevato l'idea del Servizio sanitario nazionale proponendo un Piano nazionale per la sicurezza sociale.

Alessandro Seppilli entrò in contatto con i gruppi che per vie autonome stavano dando vigore all'idea di un servizio sanitario nazionale, universale per tutti i cittadini, globale, a gestione democratica da parte di enti locali, chiudendo infine la parentesi delle mutue. Partecipa con tutto il suo prestigio, assieme ai suoi collaboratori (in primis Gianni Barro e Maurizio Mori, Maria Antonia Modolo e quindi il sottoscritto, Vito Mastrandrea, Paolo Menichetti, Orfeo Carnevali, Francesco Costabile, Pasquale Morlunghi) al movimento dei medici per la riforma sanitaria, alla presa di coscienza di alcune amministrazioni provinciali, al coordinamento delle regioni a statuto speciale, alla maturazione della cultura riformistica in seno alla CGIL.

"A livello centrale sono stabiliti solidi rapporti con Giovanni Berlinguer, Severino Delogu, Giancarlo Bruni, Luigi Mariotti rappresentanti per lo specifico settore della sanità del PCI della Dc e del PSI. Importanti contatti con numerosi professionisti impegnati, come Angeletti, Cennamo, Cappelli, Gambassini, Nicoletti, Principe, Rosaia, con i quali si costituì un insieme di attivisti che giravano l'Italia a propagandare le idee per la riforma. Subendo anche duri attacchi in diverse parti del Paese. Un rapporto particolare, mediato soprattutto da Alessandro Seppilli, fu stabilito con l'Associazione dei medici condotti, a livello nazionale e locale, che appoggiarono le idee della scuola perugina; al contrario dell'organizzazione dei medici generici, la FIMG che fu una forte oppositrice della riforma, attraverso lo slogan di una presunta "impiegatizzazione del medico". A Perugia l'Ordine dei medici, diretto all'epoca da Pacifico e Figorilli, sottopose due dei più impegnati (Mori e Briziarelli) ad una sorta di processo inquisitorio, chiamandoli a presentare e discutere di fronte al Consiglio il primo elaborato sulla futura Unità Sanitaria Locale" (7). Dopo la prima esperienza di centro-sinistra Seppilli impegnò anche la Commissione sanità del PSI, che organizzò un convegno nazionale per costruire l'assunzione di responsabilità verso il disegno riformatore; fu in stretto contatto con i ministri Mancini e Mariotti, promotore della legge di riforma ospedaliera (1968). Sui loro provvedimenti Seppilli esercitò tutta la sua influenza (sollevando anche giuste riserve sulla riforma settoriale degli ospedali prima della riforma dell'intero servizio sanitario).

Nell'operato per il Servizio sanitario nazionale si impegnò come docente e direttore dell'Istituto di Igiene sviluppando importanti azioni per la formazione degli operatori. Grazie alle Sue cultura, scientifica ed umanistica, alle Sue elevate doti di comunicatore, era in grado di aggregare e di coinvolgere chi lo avvicinava e riuscì così a creare una fitta schiera di allievi operanti sia sul versante universitario che in quello dei Servizi Sanitari Territoriali, configurando quella che, a buon diritto, può essere chiamata la Scuola di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia. Di recente ricordata in un convegno SItI a Perugia, lo scorso anno (7).

Sul piano metodologico egli aveva introdotto profonde innovazioni nella didattica, largamente prefiguratrici di modelli in seguito generalizzati: corsi di "insegnamento seminariale" per Igiene in Medicina, Corsi estivi di Educazione Sanitaria, impostati su lavori e discussioni di gruppo, per operatori della sanità e della scuola; Esercitazioni pratiche di laboratorio per gli studenti sia della Facoltà di Medicina che di Farmacia erano arricchite da Visite guidate ad impianti di interesse igienistico; come nella conduzione dell'Istituto con incontri periodici, i cosiddetti "Seminari di Istituto" di fine settimana.

Il suo spirito innovatore, è ben visibile nei vari punti qualificanti introdotti nella Sua attività di Preside nella Facoltà di Farmacia:

1. l'aver istituito, prima dei provvedimenti urgenti del 1973, molto prima della legge 382 del 1980, la partecipazione ai Consigli di Facoltà di rappresentanze di professori incaricati, assistenti e studenti
2. l'aver modificato la prassi dell'esame di laurea.

Con la convinzione che "*nemo solus satis sapit*", come amava sempre ripetere e sostenere, aveva intrapreso importanti aperture verso il mondo esterno e in particolare verso gli Ordini professionali e le Federazioni nazionali degli Ordini, altre istituzioni culturali e scientifiche; come anche verso singoli operatori che erano ammessi a frequentare l'Istituto e collaborare con i membri dello stesso.

Va ricordata l'intensa attività svolta con l'Utifar, nell'organizzare corsi di formazione dei farmacisti territoriali per fare della farmacia un luogo di svolgimento di attività di informazione ed educazione sanitaria della popolazione (3).

Crogiolo di formazione di professionisti fu la Scuola di Specializzazione, dalla quale uscirono fior di igienisti, i futuri Ufficiali sanitari dei comuni e Direttori di USL, Aziende ed ospedali, della nostra e di altre regioni. Tutte le principali città umbra ebbero Uffici comunali di Igiene diretti da validissimi Ufficiali sanitari, Barro, Costabile, Migni, Salciarini, Chirico e Direttori sanitari come Carnevali, Salcerini, Menichetti, Pasqualucci e Medici provinciali, come Ragni.

Altrettanto importante fu il ruolo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, come nucleo di formazione di una rete di operatori che diedero luogo a una moltitudine di iniziative locali tese a realizzare i nuovi concetti della tutela sanitaria nell'ambito dei

programmi di Sanità Pubblica e di Pubblica Istruzione.

Basterà citare i corsi estivi, corsi semestrali per l'AAI, i corsi per la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, il Corso annuale per l'educazione sanitaria, divenuto poi Master. Nello spirito della "comunicazione" e dell' "informazione", presso il Centro fonda nel 1956 la rivista "Educazione Sanitaria" (poi "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute" ed oggi "Sistema Salute. Rivista di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute"); ad essa affianca una rivista divulgativa, diretta soprattutto al mondo della scuola ed agli operatori di territorio, La Salute Umana. Ancora qui con l'azione intensa della Modolo.

Un primo passo concreto verso la riforma fu, nel giugno 1964, l'organizzazione a Perugia, di un Convegno indetto dalla Associazione italiana per l'igiene e la sanità pubblica, sul tema «Unità sanitaria locale e programmazione sanitaria» (8), in collaborazione con l'Istituto di Igiene dell'Università di Milano, nel quale si proponeva di attivare le linee di ricerca impostate subito dopo la guerra di liberazione e riprese coerentemente nel Convegno di San Pellegrino del 1963. Qui, accanto a Giovanardi troviamo Fara e Comelli. Quell'evento segna l'inizio di una lunga faticosa battaglia nella quale, affermava Seppilli "le relazioni ivi presentate rappresentano la base di tutto il lavoro ulteriore".

L'attività promozionale proseguì in altre numerose manifestazioni ufficiali, di cui resta segno tangibile in numerose pubblicazioni (9-13).

Per acquisire documentazione diretta delle realtà di altri Paesi con servizi sanitari significativi, furono compiuti diversi viaggi di studio in Gran Bretagna, URSS, Jugoslavia, Cecoslovacchia e sulla base dei rapporti delle esperienze rilevate furono impostate le scelte per l'assetto organizzativo dell'USL e delle sue articolazioni interne.

Si mirava ad approfondire l'organizzazione sanitaria locale, con il ruolo da attribuire al *distretto sanitario di base*, sul quale si realizzava il già citato shunt tra la legge sanitaria 833, la Legge Crispi-Pagliani e le intuizioni di Bertani e De Pretis, che vedevano il Comune responsabile primo. Come anche le indicazioni del documento del CLN del triveneto già ricordato.

Con questo background politico-culturale ed operativo, Seppilli viene chiamato a presiedere la Commissione di studio per una proposta di Riforma del sistema sanitario, la cui relazione sarà approvata nel 1967 e nello stesso anno assunta nel Piano quinquennale di sviluppo nazionale.

Seppilli così scrive "nei primi 30 anni dopo la guerra... non solo non si è fatto nulla per adeguare l'organizzazione della sanità pubblica alle nuove esperienze; ma si è in gran parte fratturato quello scheletro strutturale creato dalla legge del 1888, tanto più indispensabile dopo il decentramento regionale e di fronte all'impatto delle nuove aggressioni alla salute di origine ambientale e sociale"... nel contempo, però, un ristretto numero di «tecnici politicizzati» e di «politici informati» preparava la trama per un nuovo assetto

della sanità in Italia; tenendo bene aperti gli occhi su quanto si verificava nel resto del mondo occidentale...”(4, ed.1972) .

Stavano maturando i tempi e nel 1976, Seppilli così descrive la situazione

“...l’opinione pubblica intorno al progetto di riforma in questi anni è assai mutata. *Ormai nessuno ha più il coraggio di parlare o di scrivere apertamente contro... Nelle organizzazioni sindacali, nei partiti politici, negli enti locali, è maturata la convinzione della inderogabilità e della improcrastinabilità della riforma, anche dal punto di vista economico* (4, ed 1976).

Questo è il clima degli anni Settanta, un decennio ricco di leggi innovative, che fanno fare un salto di modernità al Paese, anche se non tutto è soddisfacente e non lo sarà neppure con la legge 833 (“Istituzione del Servizio sanitario nazionale”) approvata dalle Camere alla fine di quel 1978, che segnerà, purtroppo, nel Paese la conclusione di una rilevante stagione politica.

Mentre la riforma sanitaria si avvia verso un cammino concreto. Seppilli, rimane molto vigile e comincia a mostrare una certa insoddisfazione, già nei primi anni 80, segnalando vivacemente gli elementi che si discostano dalle radici che egli aveva cercato di far crescere.

Si vede bene quanto il ricercatore utopista fosse attento agli aspetti concreti segnalando i possibili futuri errori, di cui segnalo solo pochi passi

1. *la gestione delle U.S.L. e il Comitato di gestione (ben diverso da come previsto «un funzionario preposto alla direzione dei servizi... evidentemente scelto dal governo regionale»).*
2. *La «partecipazione e responsabilizzazione» degli utenti... che non hanno alcun senso senza poteri decisionali.*
3. Per le norme di funzionamento del sistema “è indispensabile una normativa che esula ogni tentativo di sopraffazione e burocratizzazione.” Seppilli qui richiama il lucidissimo pensiero di Giulio Maccacaro che aveva segnalato la differenza fondamentale tra funzioni e funzionamento, l’importanza irrinunciabile del secondo per la riuscita delle prime. Punto al quale si deve attribuire buona parte delle mancanze (se non dei fallimenti) delle USL prima e delle Aziende sanitarie poi.
4. La necessità “di superare l’attuale rapporto, inevitabilmente polemico tra chi fornisce o assicura le prestazioni e chi le utilizza” (14). La situazione odierna è oggi ancora più grave! Più tardi Seppilli denuncerà con forza e gridi di allarme i provvedimenti che vengono proposti sulla spinta del “vento Reagan”.

Tutte le osservazioni e i rimbrotti di Seppilli, gli allarmi possono essere letti in un agile volume pubblicato dalla Fondazione Celli (14).

Quanta preveggenza rispetto all’oggi!! E dovevano ancora venire la seconda e terza riforma della fine degli anni novecento. Possiamo immaginare come avrebbe tuonato oggi, su di un servizio unitario trasformato in diciannove servizi regionali e due provinciali e su

tutti gli altri danni contro i quali pure molti di noi hanno richiamato l'attenzione. E di recente lo stesso Carreri, nel libro prima richiamato (6).

Una conclusione

Se la strada tracciata da Seppilli ricercatore ed educatore è stata sviluppata dall'operato dei suoi allievi, non si può dire altrettanto della grande costruzione immaginata per la riforma del Sistema sanitario italiano. Gli allarmi sopra ricordati, profetizzati da un Seppilli pessimista di fronte all'involuzione del quadro politico generale del Paese, si sono avverati in un quadro abbastanza oscuro rispetto in particolare al sistema di *welfare* che si era andato consolidando in quegli anni.

Né, oggi, gli attuali attori della politica in generale e di quella della sanità pubblica in particolare lasciano intravedere indizi che proseguano la via tracciata in precedenza, nonostante che tentativi siano stati fatti di raddrizzare il percorso: il Comune al centro dell'impegno con i "Patti per la salute" o simili nuove proposte; nuove possibilità si sono aperte per i servizi territoriali nel contratto con i medici di medicina generale, la creazione delle eventuali Unità territoriali per l'Assistenza di base, le Case della salute da qualche parte realizzate.

Anzi, spesso, dopo viene sempre il peggio!

Abbiamo attraversato, in tutto il 2018 e 2019, un periodo di insensata euforia fornito da una rappresentazione teatrale allestita nell'intero Paese nella quale i problemi veri, i bisogni della popolazione sono stati del tutto lasciati a sé. Con illusioni e malgoverno. Sul palcoscenico del Governo centrale, nei nostri settori, abbiamo visto figuranti in veste di ministri e ministresse, epitomi di incompetenza ed arroganza. Senza fare nomi, basti pensare solo alle vaccinazioni ed al trasferimento dei beni culturali al ministero dell'agricoltura (confondendo le due vocali o e u).

Nel contempo il nostro SSN, a parte le già note e a lungo denunciate disparità fra aree geografiche del Paese e le incongruenze derivate dalle (contro) Riforme 2 e 3 della fine del secolo XX, denunciate in seguito da molti (6,15-20), sta arretrando pericolosamente, scendendo nella classifica dei Paesi avanzati; fenomeno che si riscontra significativamente anche in alcune Regioni prima virtuose, come l'Umbria, finita dal secondo al decimo posto fra le Regioni italiane. Senza che nessuno battesse il minimo colpo, nemmeno gli autonominati Governatori occupati solo a discutere dei soldi ma lontani dal preoccuparsi della salute dei cittadini e delle prestazioni ad essi fornite per la sua difesa.

Questo mio intervento, accanto al ricordo di un grande Maestro, accanto ad altri grandi maestri della nostra disciplina, vuole soprattutto riproporre il suo credo: immaginare utopie, confrontarle con la ricerca, impegnarsi per realizzarle, credere fortemente nelle possibilità dell'uomo; con l'impegno nel sociale, nella supremazia dell'interesse collettivo rispetto al particolare, nella promozione della salute come espressione democratica, nel

valore della partecipazione praticata, consapevole, duratura, con potere decisionale.

Mai messaggio fu più pregno di attualità e di modernità, carico di valenza politica.

Esso è rivolto a Voi, igienisti di oggi, perché possiate riprendere il ruolo che abbiamo svolto nel passato, non solo nell'Accademia e nei servizi ma nella società, nella politica, nelle istituzioni; portando il nostro pensiero, la nostra competenza, il nostro verbo, il nostro insegnamento.

Le nuove generazioni - ne è un esempio lampante la nostra attuale classe politica e i personaggi che ricoprono altissime responsabilità di governo - sono cresciute senza radici, masse di individui del tutto privi della cultura del passato (spesso anche del tutto digiuni della storia), del senso di comunità, delle regole del vivere collettivo, ansiose di fare tabula rasa di tutto ciò che le ha precedute, compresa la stessa democrazia.

Esse, al contrario, potranno agire compiutamente solo mantenendo forti legami con le culture di coloro che li hanno preceduti, i fondamenti su cui hanno costruito le loro convinzioni.

Parafrasando un grande poeta, ricorderei che “a grandi cose gli animi accendono le <memorie> dei forti”.

Le condizioni in cui versa il nostro Servizio sanitario, la deriva pericolosa che stanno cercando di imprimere alcune forze politiche e di opinione, tendenti a mettere in discussione i principi fondanti della 833, richiedono un impegno straordinario, una sorta di chiamata alle armi di tutti Voi. La SItI, come sta facendo, potrebbe costituire il luogo dove avviene questo trasferimento di valori e di buone pratiche, i legami con la cultura igienistica.

“Occorre - dicevamo nel già citato convegno SItI dello scorso anno - lavorare per un nuovo patto per la salute, fondato sull'appropriatezza, per garantire uguaglianza, solidarietà, equità al sistema sanitario: proponiamolo dall' Umbria, come cinquant'anni fa fece Seppilli”(14).

Noi abbiamo cercato di fare la nostra parte, ora vi passiamo il testimone. Buon lavoro dunque.

I dettagli di tutte le notazioni relative alla vita ed all'operato di Alessandro Seppilli, possono essere letti in 5 e nella bibliografia annessa.

Bibliografia

1. Moleschott J. Dell'alimentazione, trattato popolare. Traduzione italiana di Giuseppe Bellucci, Milano, 1871, Ristampa anastatica Perugia: Volumnia editrice Perugia; 2016.
2. Briziarelli L. Un maestro di concrete utopie. La salute umana 1975; 133, gennaio-febbraio: p 5
3. AA.VV. Alessandro Seppilli. Scienziato, politico, educatore. In: Atti del Convegno nazionale nel decennale della scomparsa (18-19 febbraio 2005). Educazione sanitaria e Promozione della salute 2006; 29 (1).
4. Seppilli A. Significato di una riforma. Motivazioni e finalità. Roma:Il Pensiero Scientifico editore; I ed. 1972, II ed. 1976.

5. Briziarelli L, Seppilli A. In: Annali della Facolta di Medicina e Chirurgia, Universita degli Studi di Perugia, Atti dell'Accademia Anatomico-Chirurgica 2011; Voll. 96-98. Perugia: Aracne ed.
6. Carreri V. La Grande Riforma (1978.2018) vista da un testimone. Mantova: Editore Sometti; 2018.
7. Briziarelli L, Menichetti P. Il contributo della scuola perugina di Igiene alla Riforma Sanitaria. (Convegno SItI Umbria, Perugia 13,.XII.2018.) Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e Promozione della salute 2018; 59: 495-509.
8. AA.VV. Unita Sanitarie Locali e programmazione sanitaria, Perugia 28-29 giugno 1964, Tecnica sanitaria 1965, pp,183
9. AA.VV. Il personale sanitario non medico nella programmazione sanitaria, Perugia, 16-18 giugno 1967. Assisi: Tip. Porziuncola; 1968, pp. 295.
10. AA.VV. Incontro internazionale di studio sul ruolo della Regione nella organizzazione dei servii sanitari. Bolzano, 7-8 dicembre 1967. Quaderni Regione Trentino-Alto Adige 1968; n.11:192.
11. Atti del XXIV Congresso nazionale di Igiene, Bologna: Ed. AIISP; 1968.
12. Atti del XXVIII Congresso nazionale dell'Associazione italiana per l'Igiene la sanità Pubblica, Perugia. Terni, 1-4 giugno 1976. Tecnica sanitaria 1976.
13. AA.AA. La politica dell'informazione nel sistema socio sanitario. Seminario di studio Villalago (Piediluco, Terni) 3-4-5 novembre 1977. Firenze: Le Monnier, per IRPET; 1979, pp.217.
14. Seppilli A. Briciole, parlando di salute. Perugia: Fondazione Angelo Celli per una cultura della Salute; 1993.
15. Briziarelli L. Public health in a neo-liberal environment. In: Proceedings of International CIANS Conference "Psychophysiology and Behavioural Intervention in Psychosomatics, Stress Disorders and Health Promotion". Palermo 3-6 October, 2001. Milano: Ed. CIANS; 2002, pag. 88-92.
16. Briziarelli L. L'Assistenza sanitaria di base e la Promozione della salute: da Alma Ata a Health .Implicazioni per la medicina di base, verso un nuovo rapporto con il sociale. Educazione sanitaria e promozione della salute 2004; 27: 99-107.
17. Briziarelli L. L'evoluzione del sistema sanitario italiano. Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2012; 56: 48-61.
18. Briziarelli L. Ora e sempre (resistenza) promozione, prevenzione, educazione. Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2014; 58: 263.
19. Geddes da Filicaia M. Il servizio sanitario nazionale dopo 40 anni, fra regionalismo e sostenibilità. Sistema salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2018; 59: 452-467.
20. Maciocco G. SSN.Solo un cambio di paradigma lo salverà. Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e Promozione della salute 2018; 59:468-475.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Un nuovo patto di cura per il piano di rilancio del SSN *A new pact of care for the recovery plan of NHS*

Marco Ingrosso

Docente di Sociologia della Salute, Università di Ferrara

Parole chiave: patto di cura, partecipazione al SSN, relazione di cura, modello organizzativo

RIASSUNTO

Obiettivi: la percezione sociale della medicina è profondamente cambiata durante la diffusione e convivenza col virus Covid-19: la popolazione ha percepito una medicina vicina ma non onnipotente. Ciò apre la porta a nuovi investimenti in sanità che possono essere gestiti in termini di crescita quantitativa o di cambiamento qualitativo. L'articolo esplora la possibilità di definire un nuovo patto di cura in sanità sulla base di una riforma della partecipazione civica e su un deciso cambiamento delle relazioni di cura.

Metodi: l'analisi dell'evoluzione storica della partecipazione si basa sull'esame della normativa regionale e nazionale e su una valutazione delle azioni pubbliche intraprese dai movimenti civici e dei pazienti. La problematica delle relazioni di cura viene affrontata attraverso un'analisi comparativa di otto modelli organizzativi che si propongono di promuovere il ruolo attivo della persona in cura secondo approcci differenziati.

Risultati: relativamente alla partecipazione, si evidenzia la necessità di una riorganizzazione della rappresentanza e di dare maggiore potere ai territori. L'esame dei modelli di relazioni di cura evidenzia un forte mutamento di prospettiva nel tempo, passando da un focus informativo centrato sulla scelta ad un coinvolgimento della persona in cura che considera le sue esigenze complessive e gli effetti sui percorsi di cura in termini di qualità, efficacia ed efficienza.

Conclusioni: le attese della popolazione non dovrebbero essere deluse, ma le prospettive operative possono percorrere diverse strade utilizzando le indicazioni emergenti dai modelli più evoluti.

Key words: care pact, participation to NHS, care relationship, organizational pattern

SUMMARY

Objectives: the social perception of medicine has profoundly changed during the spread and coexistence with the virus Covid-19: medicine is seen today as closer to people but not omnipotent. This opens the

Autore per corrispondenza: marco.ingrosso@unife.it

door to new investments in the NHS that can be managed in terms of quantitative growth or qualitative change. The article explores the possibility of establishing a new care pact based on a reform of civic participation and a significant change in care relationships.

Methods: the analysis of the historical evolution of participation is based on the examination of regional and national legislation and on an evaluation of public actions undertaken by civic and patients movements. The problem of care relationships is dealt through a comparative analysis of eight organizational models that aim to promote the active role of the cared-for person according to different approaches.

Results: with regard to participation, there is a need for a reorganization of representation and to give more power to the territories. The examination of care patterns shows a strong shift in perspective over time, passing from an informative focus centered on the choice to an involvement of the person in care that considers his overall needs and the effects on care paths in terms of quality, effectiveness and efficiency.

Conclusions: the expectations of the population should not be disappointed, but the operational perspectives can take different paths using the indications emerging from the most advanced models.

1. La medicina al bivio

La medicina percepita nella fase pre-Covid

La percezione della medicina da parte della popolazione italiana è profondamente cambiata durante il periodo di diffusione della pandemia da Covid-19. Se facciamo un breve riepilogo dello stato dei rapporti prima di tale “evento catastrofico”, vediamo che il dibattito era spesso centrato su uno scetticismo più o meno diffuso circa il grado di credibilità da accordare alla medicina, ma anche sul grado di fiducia da accordare al medico (e, più in generale, alle competenze esperte) come adeguato esecutore e traduttore dei saperi medici. In altri termini, si passava da una sottovalutazione del sapere medico, quasi da assimilare all’opinione di qualunque voce tratta da internet, ad una sopravvalutazione delle mirabolanti promesse di una medicina onnipotente e salvifica, spesso accompagnata però da una preconcetta diffidenza circa le capacità dello specifico medico di saper applicare adeguatamente tali infallibili saperi.

Le cronache erano inoltre sempre più piene di notizie sulle violenze perpetrate nei confronti di sanitari e ambienti medici, in parte spiegabili col degrado generale della convivenza civile, ma altresì riconducibili a diversi fattori specifici, quali i disservizi nel funzionamento dei servizi, il deterioramento degli ambienti di cura, la mancanza di comprensione e comunicazione nei confronti dei pazienti, i timori generati dall’invadenza giudiziaria che determinavano un orientamento sempre più “difensivo” da parte della classe medica. La violenza, a sua volta, era la punta estrema e incontrollata di una più generale trasformazione culturale-antropologica del soggetto post-moderno che non accettava più di incarnare la tradizionale figura di “paziente” (debole, passivo, fatalista), ma si era trasformato in “esigente” (1), “im-paziente” (2) o che semplicemente cercava un nuovo posizionamento come “persona in cura”, co-produttore e collaboratore del sistema di cura (3). Orientamenti questi poco compresi e poco accolti dall’ambiente sanitario,

sempre più eterodiretto dal management e dai protocolli terapeutici, affascinato dalle tecnologie, spesso autoreferenziale per lunga abitudine culturale o per potere sociale. Si argomentava dunque che il patto di cura era fortemente compromesso e aveva bisogno di interventi urgenti che partivano da un ripensamento sia della figura del medico (4, 5) sia dell'epistemologia medica (1), nonché da una rilevante modifica della gestione, comunicazione e organizzazione sanitaria (6).

Le trasformazioni durante l'evento-coronavirus

Questa percezione sociale della medicina è profondamente cambiata nel corso del traumatico periodo di diffusione galoppante del Covid-19. In primo luogo, la medicina è tornata ad essere ascoltata attraverso suoi autorevoli rappresentanti. Ben presto l'alone di scetticismo che l'aveva precedentemente contornata si è dissolto come neve al sole. I pochi irriducibili no-vax, magari loro stessi contagiati, hanno cercato di tenere le loro posizioni, ma sono stati travolti da un'ondata di ludibrio generale. Subito dopo si è accentuata, per un po' di tempo, la posizione massimalista di sopravvalutazione della medicina: molti speravano che i nuovi taumaturghi avrebbero presto risolto la partita dall'alto del loro sapere. Vi è anche chi ha parlato di una sorta di sostituzione della religione, resa silente dal divieto di celebrazione, con la medicina, circondata dagli onori e dalle attese di tutta la popolazione che faceva "mea culpa" per non aver finora abbastanza "creduto" (e quindi investito) nei nuovi demiurghi.

Tuttavia anche questa fase si è presto dissolta: la medicina ha mostrato la propria impotenza, la propria non-conoscenza, la pluralità di voci e opinioni che la abitavano. Sia gli ambienti medici sia la popolazione hanno così dovuto fare un lungo esodo, una traversata del deserto, irto di spine e abitato da serpenti velenosi, per arrivare ad una posizione di debolezza, relatività, di Chirone ferito. La medicina non aveva magicamente in tasca la soluzione di tutti i mali, ma piuttosto si metteva a fianco della gente con gli strumenti che aveva, magari anche a mani nude (come molti medici di base), ma con tutto l'impegno umano, conoscitivo, esplorativo che poteva esprimere. Improvvisamente il medico si è rivelato "umano, troppo umano" e non chiuso nella torre d'avorio, si è messo a fianco di pazienti in condizioni critiche, ha parlato con voci rotte dalla stanchezza, si è gettato nella mischia (quanti pensionati e giovani specializzandi si sono sentiti chiamati ad andare "in prima linea"?), ha fatto gruppo (superando distinzioni di casta e ruolo, ma costituendosi come team curante). Abbiamo quindi rivisto una medicina "eroica" nei comportamenti dei suoi operatori, ma senza l'aura dell'infallibilità. Una medicina "sorgiva", come forse non si vedeva dai tempi mitici dei suoi inizi ottocenteschi. E abbiamo visto una gestione del SSN che ha rotto molte barriere burocratiche, procedendo a forti cambiamenti strutturali e utilizzando più intensamente le tecnologie digitali per fornire servizi agli utenti (es. ricette senza recarsi dal medico).

Certo, non sempre la comunicazione è stata adeguata e conseguente, ma almeno si è cercato di comunicare, di essere più trasparenti, pur nella contraddittorietà di certe dichiarazioni, spesso smentite dal procedere dei processi diffusivi del virus. Si può dire che anche questa contraddittorietà è stata pedagogica per il pubblico. La medicina, nonostante la scientificità dei suoi procedimenti selettivi e valutativi, è sempre impastata di considerazioni relative al caso, alla situazione, è influenzata dal contesto e dalle credenze dei suoi esponenti, come è emerso ripetutamente in questo gigantesco e traumatico esperimento sociale. Si potrebbe quindi affermare che il messaggio più forte che è venuto dagli ambienti medici e sanitari in questa pandemia è stato: «Non ti lascio solo, mi occupo di te al massimo, per come posso e con gli strumenti che ho, cercandone incessantemente dei nuovi e migliori».

Per contro, si diceva di una vera e propria “conversione” del pubblico che è passato ad una “fede” non più scettica e nemmeno miracolistica, ma più matura e consapevole. Una fiducia che non ha mancato di organizzarsi in comitati di familiari (laddove si sono perpetrate gravissime sottovalutazioni a danno degli anziani ricoverati), pressioni nei riguardi dei Sindaci a farsi rappresentanti attivi e partecipi della comunità, sollecitazioni ai media per soddisfare un interesse diffuso per i destini dell’organizzazione sanitaria, richieste alle strutture socio-sanitarie di non abbandonare la cura e la comunicazione verso i pazienti e con i familiari.

Espansione dell'esistente o nuovo patto di cura?

La situazione di eccezionalità ha quindi prodotto degli effetti imprevisi che hanno originato una situazione che potremmo definire aperta e potenzialmente creativa. Tuttavia è urgente dare una risposta a questa fase di “latenza generativa”, pena vederla collassare su sé stessa e riaprire problematiche e divisioni non sanate. La fase di convivenza col Covid (fase 3) apre delle finestre temporali che possono essere sfruttate in due modi divergenti: a) per “portare all’incasso” la nuova fiducia e prestigio sociale acquisiti dai servizi sanitari, crescendo in uomini, mezzi e peso sociale; b) proponendosi di definire un nuovo patto-alleanza di cura, facendo tesoro delle nuove “evidenze” e dando risposte ai problemi di fondo da tempo inevasi.

Teoricamente le due cose non si contraddicono: che ci sia bisogno di nuovo personale è noto ed evidente, che ci sia bisogno di investimenti e nuove strutture, pure. Tuttavia la prima strada rischia di tradursi (per scelta o di fatto) in una visione monocratica, di centralità medica, di ripristino di un orientamento centralista-statalista che lascerebbe irrisolti i temi dell’integrazione socio-sanitaria, della partecipazione e coinvolgimento della popolazione, della sostenibilità sociale ed economica. In tal caso, si può prevedere che il “tesoretto” acquisito si disperderebbe velocemente in mille rivoli, ripresentando le problematiche gestionali e relazionali non sanate e magari acuite dalle dinamiche socio-e-

conomiche post-Covid. Se invece si vuole provare a intraprendere la seconda opzione, è necessario essere consapevoli che bisogna, in certo senso, andare oltre la struttura pubblico-statale del SSN. Bisogna infatti coinvolgere i territori facendoli diventare comunità organizzate, competenti, responsabili e si tratta di coinvolgere i cittadini facendoli diventare partner effettivi dei sistemi di cura. In altri termini, vi è bisogno di una discontinuità creativa che possa tenere assieme e far cooperare diverse esigenze, diversi attori, diverse risorse aprendo ad uno scenario fortemente innovativo di cui il nostro Paese ha grande bisogno.

2. Ripensare la partecipazione

La partecipazione come principio istitutivo del SSN

È da tempo che il principio della partecipazione dei cittadini alla programmazione e gestione dei Servizi sanitari pubblici è stato posto. In Italia fin dalla legge istitutiva del SSN (833/1978) e in vari passaggi chiave successivi (DL 502/1992, L. 229/1999, L. 328/2000). Nello stesso anno la Conferenza OMS di Alma Ata [1978] indicava che l'assistenza primaria richiedeva la partecipazione dei cittadini e delle comunità nella pianificazione, organizzazione e controllo delle strutture sanitarie a livello locale. I vantaggi attesi di questa opzione erano molti: empowerment dei pazienti, la capacità di orientare e vigilare il bene comune, la condivisione di responsabilità col territorio. Purtroppo, nonostante le "buone intenzioni", questo principio costitutivo del SSN è ben lontano dall'essere stato attuato. In particolare la minimizzazione della partecipazione degli Enti locali alle decisioni sanitarie - a partire dalla L. 502/1992 - ha portato ad un difficile coinvolgimento dei territori.

Dopo il cambio del Titolo V della Costituzione [2001], alcune Regioni (circa la metà) hanno varato norme che permettevano a rappresentanze associative di partecipare alla redazione di Piani di salute e di zona o di essere rappresentate nei *Comitati Consultivi Misti*, ma tali opzioni si sono rivelate piuttosto asfittiche e ben lontane dal raggiungere dei risultati di effettivo coinvolgimento della popolazione nelle scelte. Tanto più che molte Regioni, ponendosi in una prospettiva neo-liberista o di quasi-mercato, hanno ragionato più in termini di scelta individuale del "quasi-cliente" (Carte dei servizi, consenso informato, questionari di soddisfazione, reclami) che di coinvolgimento delle comunità locali (7). Questi tentativi di eleggere l'utente al rango di "consumatore di prestazioni", in ogni caso, hanno sortito scarsissimi effetti pratici e cambiamenti organizzativi pressoché nulli. Forse gli unici risultati concreti sono venuti dall'impegno di Associazioni di cittadinanza, di volontariato, di pazienti e familiari, di Gruppi di mutuo-aiuto e Comitati di quartiere che, a vari livelli (dal micro, al meso, al macro), hanno cercato di tenere alta la bandiera dei diritti dei cittadini-pazienti nei confronti delle autorità politiche e sanitarie.

Cittadini, volontari e pazienti: partecipazione di chi?

Negli ultimi anni, in coincidenza con il relativo superamento della Grande Contrazione iniziata nel 2007 e protrattasi circa fino al 2017, si è ricominciato a parlare di partecipazione in ambito di sanità. Ad esempio la Regione Toscana ha varato una LR (75/2017) che istituisce un nuovo sistema partecipativo in ambito regionale basato su un “Consiglio dei cittadini per la salute” e dei “Comitati di partecipazione aziendali e di zona distretto”. La partecipazione a tali comitati è riservata ad associazioni di volontariato, tutela e promozione sociale, aventi come ambito di riferimento il settore sanitario e socio-sanitario, che fanno domanda di essere incluse nei comitati. Il Consiglio istituito a livello regionale, presieduto dall’Assessore competente, riunisce delle rappresentanze dei comitati aziendali e di zona oltre ad altri comitati costituiti su specifiche tematiche. Anche la Regione Emilia Romagna ha puntato sul Terzo Settore istituendo un Osservatorio e una Conferenza regionale (LR 20/2017). In modo simile, ma con strumenti diversi si sono mosse altre Regioni a cominciare da Lombardia, Veneto e Lazio. Anche diversi Piani nazionali (in particolare quello sulla cronicità del 2016), redatti in questo periodo, prevedono un rilancio delle tematiche partecipative.

Da parte dell’associazionismo e della società civile, diverse sono le iniziative collettive assunte in questi anni. A titolo esemplificativo, si possono citare la *Carta Persone non solo pazienti* (8), varata nel 2017, sottoscritta inizialmente da sedici Associazioni di pazienti e poi firmata da molte altre, che rivendica una centralità della persona nelle politiche e una partecipazione dei “pazienti esperti” agli organi decisionali dei servizi sociali e sanitari; nel 2018, in occasione di un convegno nazionale sulle relazioni di cura tenuto all’Università di Ferrara, è stata firmata da un centinaio di studiosi ed esperti la Dichiarazione di Ferrara sul Ruolo delle Persone in cura (9), che mette al centro il tema delle relazioni di cura come titolo partecipativo e avanza una serie di proposte politiche, gestionali e formative; agli inizi del 2019 si è realizzata una rilevante iniziativa, partita da Cittadinanzattiva (10) che ha mobilitato decine di associazioni di pazienti e consumatori, ma anche molti operatori ed esperti, dando vita ad un documento finale sulla partecipazione civica in sanità. Come suggerisce il titolo, l’ottica di riferimento del documento è quella della democrazia diretta e dell’attivismo civico.

Le diverse arene partecipative

A proposito della partecipazione civica, ci pare utile avanzare alcune riflessioni di fondo su quale siano le arene in cui si muovono i servizi sociali e sanitari, e dunque quali siano i titoli di partecipazione a tali arene. Diversi autori hanno infatti evidenziato come vi siano attualmente almeno tre opzioni (che corrispondono a tre diversi quadri interpretativi) che insistono sulla figura del soggetto curato: quella della cittadinanza, quella del consumatore di prestazioni e quella del co-produttore (11-13). François Vedelago (14)

ha esteso questa analisi mettendo in luce che, come membri della società contemporanea, rivestiamo potenzialmente diversi abiti e sviluppiamo ruoli conseguenti allorché partecipiamo a diverse arene in cui si decidono vari aspetti degli interventi socio-sanitari: in particolare le politiche vengono decise nell'ambito dell'arena politica dove abbiamo titolo come *cittadini*; le norme si definiscono all'interno del sistema giuridico, in abbiamo titolo come *beneficiari* di una relazione contrattuale con le istituzioni; abbiamo poi un ruolo di clienti-consumatori allorché ci troviamo all'interno di una prestazione negoziata sul mercato; siamo utenti di comunità quando facciamo parte di reti sociali territoriali; *pazienti* allorché siamo definiti dall'ottica medica; *utenti professionalizzati* allorché siamo integrati dentro processi di co-costruzione degli output sanitari.

Nella partecipazione di cittadinanza, tutti questi diversi abiti vengono fusi insieme e sussunti in quello tipico dell'arena politica o di quella giuridica (diritti/doveri). Altre associazioni sembrano invece partire dal rivendicare un ruolo diverso come partner delle relazioni di cura, non più pazienti ma *co-responsabili* e *collaboratori dei sanitari*. Un'altra corrente, sempre più rilevante (15), indica inoltre che anche il titolo di *residentelabitante*, ossia associato ad una comunità locale, dovrebbe essere valutato come titolo partecipativo nella gestione dei servizi territoriali.

Se utilizziamo questo sguardo legato alle cerchie e alle relazioni sociali (originariamente proposto da Georg Simmel), possiamo vedere che a livello macro è pertinente la dimensione politica, giuridica e etico-culturale, mentre a livello di comunità locale valgono gli aspetti di partecipazione al tessuto vicinale e alle reti/associazioni civiche, infine nell'incontro diretto fra sanitari e persone in cura vale il ruolo di partecipante, portatore di conoscenza ed esperienza.

Uno dei basilari problemi della partecipazione (10) è che associazioni nate avendo come riferimento le scelte di policy, faticano a porsi ad un livello "di base" o ad uno "comunitario", mentre, viceversa, associazioni di pazienti, nate solitamente nell'ambito dei servizi, faticano a rappresentare i cittadini ai livelli decisionali regionali e nazionali. Inoltre manca un riferimento alla presenza comunitaria territoriale. Di massima, quindi, si può affermare che sia necessario andare oltre una partecipazione di pura cittadinanza per *articolare la presenza attiva a tutti e tre i livelli* in cui si sviluppano i complessi processi di promozione della salute, sostegno sociale, cura e riabilitazione.

Motivazioni e risorse dell'"essere parte"

Vi sono inoltre due ulteriori problemi-chiave: quello delle *motivazioni* a partecipare e quello delle *risorse*. Nel primo caso si è fatto riferimento al solidarismo etico, al senso civico, alla responsabilità per il bene comune. Tuttavia, le ragioni che possono motivare l'impegno attivo a vari livelli possono anche essere quelle di chi ha finanziato i fondi sanitari, di chi chiede che ci sia una gestione oculata delle risorse e dei beni, di chi vorrebbe

che sia garantita una certa qualità dei servizi vicini e così via.

Quasi sempre, inoltre, la partecipazione si scontra con problemi di impotenza ad incidere, di inefficacia dell'azione che spesso portano all'abbandono, alla delusione. Non si hanno risorse a disposizione, non si ha peso nelle decisioni, non si è titolari di un potere riconosciuto, non si ha potere contrattuale. Si crea quindi scetticismo, allontanamento dalla partecipazione, sfiducia.

Ovviamente non è questa la sede di una proposta generale sul tema. Basti però dire che per uscire dalla partecipazione bloccata o volontarista è necessario attribuire alle rappresentanze ai vari livelli dei compiti precisi, rendere disponibili delle risorse adeguate, stabilire dei meccanismi di concertazione obbligatori ed efficienti. In particolare è necessario che vi sia una adeguata rappresentanza nazionale di cittadinanza capace di influire sui Piani sociali e sanitari, esercitare un'adeguata capacità di analisi, valutazione e comunicazione alla popolazione sullo stato del SSN e sulle politiche sociali e sanitarie. Tale rappresentanza deve poter indicare esperti da inserire in organi come il Consiglio Superiore di Sanità e l'AIFA, deve poter disporre di un Centro studi capace di mobilitare intelligenze multidisciplinari in termini di progettazione, formazione, comunicazione.

La rappresentanza regionale negli organi di pianificazione e nell'Agenzia regionale per i servizi sanitari e sociali dovrebbe poter mettere insieme delegati inviati dal terzo settore, dall'associazionismo dei pazienti e da rappresentati dei residenti nei territori.

Il vero nodo si pone tuttavia a livello di territori dove la rappresentanza dei residenti e delle persone in cura è quasi nulla e non coinvolge in alcun modo la popolazione. Un'ipotesi di lavoro potrebbe essere la creazione di enti di gestione di dimensione di zona/quartiere, tipo *Case della salute*, dotati di una certa autonomia finanziaria e gestionale alle quali le rappresentanze della popolazione e dei pazienti potrebbero partecipare con un ruolo di valutazione e orientamento generale. Tali rappresentanze potrebbero convogliare verso la Casa della salute di zona lasciti e donazioni della popolazione residente, raccolte fondi su progetti, donazioni etiche di aziende, promuovendo progetti finalizzati particolarmente sentiti dalla popolazione e urgenti in zona, ma scarsamente o per niente coperti dai LEA. In tale ipotesi organizzativa si darebbe al territorio una struttura molto più forte e integrata dell'attuale configurazione ponendo al centro la medicina della persona e creando ponti con le strutture ospedaliere e di alta specialità. Il territorio potrebbe diventare inoltre un luogo di "formazione alla cura" per le giovani generazioni (e non solo) inserite in vari progetti che tale *Case* potrebbero avviare. Pare evidente che una rappresentanza legata al territorio, dotata di risorse e iniziative, sarebbe in grado di costruire ponti solidi nei confronti della popolazione locale che potrebbe *riconoscere come propri* i servizi territoriali integrati ed essere responsabilizzata della loro buona gestione.

3. Verso nuove relazioni di cura: modelli a confronto

Un cambio mai decollato

È da alcuni decenni che si parla di un cambiamento delle relazioni di cura in ambito sanitario al fine di uscire da una situazione di forte asimmetria e unidirezionalità che da tempo caratterizza questo settore. Convenzionalmente possiamo riferirci alla *Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina*, firmata ad Oviedo nel 1997 (e poi ripresa dalla L. 145/2001), che affermava: «Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.» (art. 5). Le disposizioni della Convenzione, nel corso del decennio successivo, sono transitate nei codici deontologici delle professioni mediche e sanitarie, e sono state ulteriormente rafforzate con la L. 219/2017 che ha regolamentato, fra l'altro, le Disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Tuttavia tale estensione etica e normativa è ben lontana dall'aver sortito degli effetti soddisfacenti sul piano delle pratiche quotidiane di gestione dei percorsi terapeutici. L'informazione spesso si riduce a una laconica comunicazione delle intenzioni dei medici curanti e alla firma di un modulo da parte del paziente. Ma tale scambio risulta, in molti casi, inadeguato e insoddisfacente (16), tanto da trasferirsi, in taluni casi estremi, sul piano giuridico: infatti è aumentata la conflittualità, le pratiche giudiziarie e i rimborsi per errori medici, dando origine ad una risposta difensiva della classe medica (attenersi alle linee guida, moltiplicare gli esami documentali, ecc.) e stimolando il ricorso, una volta di più, ad una legge (sulla responsabilità medica) per arginare tale fenomeno (L. 24/2017). Tali casi estremi hanno avuto un'incidenza non certo positiva sullo stato dei rapporti fra professionisti medico-sanitari e persone in cura: molti dati indicano che, per quanto l'opinione degli italiani sul SSN sia relativamente positiva, quella sui processi di cura lo sia molto meno (17). In altri termini, il livello di comunicazione, coinvolgimento, condivisione delle scelte resta in Italia molto sotto le attese della popolazione. D'altra parte, ben poco si è fatto a livello strutturale, formativo e di policy per venire incontro a tali esigenze. Anzi la riduzione del personale e il contingentamento dei tempi di visita è andato in netta controtendenza rispetto a tale attesa.

Si deve anche dire che il consenso informato, se lo osserviamo sotto l'ottica di un modello di pratiche che definiscono il rapporto medico-paziente, risulta piuttosto povero e sottodimensionato. È per tale ragione che, a livello internazionale, sono fiorite nel tempo molte proposte di arricchimento e innovazione concettuale-paradigmatica. In Italia tali nuove proposte hanno dato vita a esperienze esemplari, rimaste spesso però sconosciute e temporanee (18-19), senza incidere sulle tendenze più diffuse e strutturali, anche in ragione di un trend politico-organizzativo nettamente sfavorevole, come si è detto.

In questa sede procederemo ad una rassegna delle proposte teoriche di maggior rilievo, che hanno trovato un'ampia risonanza nella letteratura internazionale e significative sperimentazioni, in diversi paesi, nell'ambito dei servizi. Ci riferiremo a modelli organiz-

zativi in quanto siamo convinti che solo attraverso dei cambiamenti insieme culturali e strutturali di livello meso e macro sia possibile realizzare delle trasformazioni relazionali stabili nei servizi ospedalieri e in quelli territoriali.

Dal consenso informato alle scelte condivise

La Tabella 1 evidenzia che l'innovazione introdotta dal consenso informato (rispetto alla totale dipendenza precedente) in realtà si concentri solo sul momento di effettuare importanti scelte terapeutiche e si ponga in termini di accettazione (o meno) delle indicazioni formulate dal medico curante. Lo stesso che fornirà le informazioni utili alla scelta. È evidente che, in pratica, tale decisione è molto condizionata dalla situazione che il paziente vive e dal contesto in cui si trova. Solo in casi rari e delimitati il malato avrà le informazioni, la consapevolezza, la possibilità di imboccare un'altra strada, facendo decadere le indicazioni terapeutiche della struttura entro cui si trova. In realtà, il termine "informazioni" può riferirsi a molti aspetti diversi, implica un linguaggio e una logica di ragionamento, sottolinea solo l'aspetto razionale della decisione senza prestare attenzione alle implicazioni emotive e senza nessun ascolto delle esigenze e dei convincimenti del soggetto curato. Non a caso, tale pratica è presto scaduta a obbligo burocratico, a presa d'atto con vaghe valenze giuridiche, senza nessuna incidenza sul vissuto quotidiano del firmatario.

MODELLI	DEFINIZIONE	FOCUS	CAPACITÀ E COMPETENZE DELLA PERSONA IN CURA	CAPACITÀ E COMPETENZE ATTESE DAL MEDICO	ALTRI ATTORI SULLA SCENA DI CURA	BENEFICI ATTESI
1. Consenso informato (informed consent)	<i>"Il processo con cui il Paziente decide in modo libero e autonomo dopo che gli sono state presentate una serie specifica di informazioni, rese a lui comprensibili da parte del medico o equipe medica, se iniziare o proseguire il trattamento sanitario previsto" (L. 219/17).</i>	Informare il pz perché possa consentire o meno alle scelte terapeutiche indicate dai medici curanti	Comprendere le informazioni e dare il proprio consenso	Spiegare i benefici e i rischi delle scelte terapeutiche; rendere comprensibili le informazioni	Non previsti	Compliance del soggetto
2. Scelte condivise di cura (Decision aids or shared decision making programmes)	<i>"Interventi volti ad aiutare le persone a compiere scelte specifiche e deliberative tra le opzioni (compreso lo status quo) fornendo (al minimo) informazioni sulle opzioni e sui risultati rilevanti per la salute del paziente" (20)</i>	Definire procedure e interventi di supporto adeguati a prendere decisioni informate sui trattamenti terapeutici	Adeguate health literacy per comprendere le informazioni, consapevolezza dei propri valori, controllo dell'ansia, avere la capacità di decidere	Appendere le migliori strategie per informare il pz, supportare l'espressione delle preferenze, raccogliere una decisione valida	Programmi e procedure per supportare il pz nelle scelte di cura	Miglioramento della conoscenza, chiarezza sui propri valori, soddisfazione del pz (non provata), attivazione del pz, riduzione dei conflitti
3. Empowerment (modello emancipativo)	<i>"un processo attraverso il quale le persone possono acquisire un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la loro salute" (46).</i>	Acquisizione di potere di influenza; autonomia e non subalterità del pz rispetto al medico	Autoefficacia, health literacy, hopefulness	Facilitare le scelte autonome del pz; supportare il pz attraverso coaching e counseling	Supporto di gruppo, organizzativo e ambientale; ottenere le risorse necessarie; partecipare a comunità competenti; aderire a gruppi di self-help	Emancipazione sociale del soggetto debole; consapevolezza di sé
4. Patient (or consumer or person or	<i>"è un approccio innovativo alla pianificazione, distribuzione e valutazione dell'assistenza sanitaria che si basa su partenariati</i>	Rispetto dei valori e delle preferenze del pz; supporto emozionale; informazione e	Vivere e comunicare una esperienza di cura consapevole	Sviluppo delle capacità interattive e comunicative, documentare le proprie esperienze coi	Organizzazioni che promuovono strategie patient-centred; coinvolgimento	Aderenza del pz ai trattamenti medici; minore conflittualità;
					multidimensionalità della cura; continuità delle cure; ambienti appositamente progettati	

<p>5. Medicina partecipativa ed engagement (Patient involvement o Ecosistema di engagement)</p>	<p><i>"Modello di assistenza sanitaria cooperativa e congiunta che cerca di realizzare la partecipazione attiva dei pazienti, dei professionisti, degli operatori sanitari e altre figure cruciali coinvolte in tutto il continuum della cura su tutte le questioni relative alla salute di un individuo"</i> (47)</p>	<p>Coinvolgimento del pz nel progetto di cura; sviluppare un ecosistema organizzativo di azioni di sostegno</p>	<p>Auto-determinazione; diventare co-autore del percorso di cura; essere esperto della propria condizione; self-efficacy; saper elaborare l'esperienza di malato, ma anche esprimere una domanda di qualità della vita; immettere abilità personali nel processo di cura</p>	<p>Assunzione di responsabilità rispetto al coinvolgimento del malato (e dei caregiver) e all'assunzione di un ruolo pro-attivo</p>	<p>Caregiver e familiari; tecnologie per la salute; sensibilizzazione sociale allargata e community engagement; sviluppo di piani di innovazione sanitaria da parte degli attori istituzionali</p>	<p>migliori outcome clinici; soddisfazione e qualità di vita; riduzione costi sanitari; attivazione di percorsi sanitari a misura di persona in cura</p>
<p>6. Co-produzione e responsabilizzazione (cura collaborativa e co-decisionale)</p>	<p><i>"L'approccio coproduttivo ritiene che gli utilizzatori dei servizi non siano dei recettori passivi delle cure e riconosce che essi possono essere dei co-autori insieme coi professionisti di pratiche di cura adeguate"</i> (48)</p>	<p><i>"nel 'collaborative management' il paziente è considerato partner del sistema di cura insieme con la famiglia, i manager e i professionisti sanitari"</i> (49)</p>	<p><i>"I pazienti co-producono i servizi sanitari individualmente e/o collettivamente coi professionisti: es. auto-gestione del diabete, dialisi renale domiciliare, ecc."</i> (32)</p>	<p><i>"I medici lavorano coi pazienti per metterli in grado di auto-gestirsi efficacemente. I medici lavorano anche direttamente coi pz nella progettazione dei percorsi di cura"</i> (32)</p>	<p>Familiari, Volontari, reti territoriali, Team multiprofessionali e integrazione fra servizi; Web community fra pz e team curante; Metodologia del Budget di salute</p>	<p>Personalizzazione dei trattamenti; Coinvolgimento attivo e responsabilizzazione e della persona, della famiglia, del volontariato, delle reti comunitarie; miglioramento della qualità e dei risultati delle cure; riduzione di sprechi e costi; migliore utilizzo delle risorse disponibili</p>
<p>7. Medicina Narrativa (M.N.) (Narrative Medicine)</p>	<p><i>"si basa sulla capacità di riconoscere, assimilare e interpretare le storie di malattia, per reagire adeguatamente"</i> <i>"La malattia si manifesta nel corpo, nelle relazioni, nel Sé. È necessario raccontare il dolore per sottrarsi al suo dominio"</i> (40)</p>	<p>Malattia come rottura biografica (Bury, 1982) e culturale; narrazione come "forma in cui l'esperienza viene rappresentata e raccontata" (39)</p>	<p>Il malato è l'esperto, vivendo la malattia (dolorosa e inabilitante) in prima persona: ha la possibilità di comunicare il proprio sapere attraverso lo strumento narrativo</p>	<p>Il medico deve essere capace di ascolto e interpretazione delle storie di malattia al fine di cogliere elementi utili per la diagnosi, la terapia e il coinvolgimento del pz nel percorso di cura</p>	<p>Organizzazioni della cura capaci di assimilare l'apporto delle Humanities; Estensione delle competenze narrative al pubblico attraverso la Digital Health</p>	<p>Migliorare la relazione fra curanti e curati; migliorare la formazione dei medici e del personale sanitario; migliorare i percorsi di cura (42)</p>
<p>8. Salutogenesi (Salutogenesis, Theory and Model) <i>"Il modello salutogenetico è utile per tutti i campi della cura della salute"</i> (43)</p>	<p><i>"Nel suo significato più generale, la salutogenesi si riferisce ad un orientamento scientifico che focalizza l'attenzione sullo studio delle origini della salute e delle risorse per la salute, in opposizione (a quello centrato) sulle origini della malattia e dei fattori di rischio."</i> (50)</p>	<p>Tre assunzioni dell'orientamento sg: a) necessità di adattamento e di coping; b) risorse e fattori salutari di resistenza; c) Healthy/Dis-ease continuum</p>	<p>Possiede un adeguato "sense of coherence" che gli permette di far fronte alle difficoltà e restare/ridiventare sano</p>	<p>È in grado di mobilitare delle adeguate Risorse Generalizzate e Specifiche di Resistenza capaci di facilitare la risposta salutogenetica del soggetto</p>	<p>Molti altri soggetti e tecniche possono fornire Risorse atte a facilitare la salutogenesi: reti di supporto sociale, azioni di comunità, riferimenti etici e spirituali, tecniche corporee, ecc.</p>	<p>Capacità di fronteggiare lo stress derivante dalle malattie e dalle difficoltà della vita; capacità di riconoscere e mobilitare le risorse utili per riacquisire salute</p>

Tabella 1 - Modelli di organizzazione sanitaria orientati al cambiamento delle relazioni di cura

Sulla base di tale consapevolezza critica, nel periodo successivo alle prime applicazioni sono emersi una serie di correttivi ed estensioni che possono essere raggruppati sotto l'etichetta delle "scelte condivise di cura". In inglese tale sigla si accompagna con quella di "decision aids", ossia aiuti alla decisione. In altri termini, si è presto capito che senza aiuti, la decisione del paziente risultava difficile, non convinta, non libera e che quindi bisognava definire meglio cosa dire (ad esempio se esistevano delle alternative), che linguaggio usare, quale livello di conoscenza (health literacy) il soggetto possedeva, come tenere conto delle sue legittime preoccupazioni, come permettere l'espressione dei convincimenti (o valori) personali, oltre che definire chi e come doveva interagire con l'interessato e i suoi familiari, e così via (20). Si è cercato quindi pragmaticamente di passare dal consenso alla condivisione. È anche per tale evoluzione che la L. 219/2017 ha sottolineato che le informazioni devono essere rese comprensibili e che il tempo dedicato a tale interazione è da considerare tempo di cura! Tuttavia, come sappiamo, ci vuole molto più che una legge per fare entrare la lettera e lo spirito di tali indicazioni sul piano delle pratiche. Detto questo, si deve tuttavia rimarcare che il punto di scambio fra curanti e curati, anche in questo secondo modello, resta esclusivamente quello delle scelte terapeutiche.

L'empowerment del paziente

Consideriamo ora il modello dell'empowerment (o emancipativo). Si tratta di un modello nato in campo sociale ed educativo (si ricordi l'opera di Freire e don Milani) che era stato pensato come processo di crescita e valorizzazione di gruppi svantaggiati. Esso ha poi avuto applicazioni non solo comunitarie e gruppalì, ma anche individuali, fra cui quella dell'empowerment del paziente. Come dice il termine, il soggetto svantaggiato cerca di acquisire autonomia e controllo sulla propria vita, liberandosi da costrizioni, consuetudini sociali e culturali, regole sedimentate tradizionalmente a vantaggio di una sola componente. L'operativizzazione di tale concetto nei decenni successivi (fino al Prima Conferenza Europea sulla Patient Empowerment, tenutasi a Copenhagen, sotto l'egida dell'OMS, nel 2012) aveva messo in luce i vari costrutti psicologici ad esso legati, come quelli di autoefficacia e di speranza (hopefulness), nonché la rilevanza della health literacy per poter esercitare tale controllo (21). Si trattava quindi, da una parte, del riconoscimento di diritti ed esigenze dei pazienti-cittadini e, dall'altra, di dare voce a loro rappresentanze, fino ad introdurle nei livelli decisionali. L'associazionismo diventava quindi un "terzo polo" nella relazione fra medici e pazienti che permetteva a questi ultimi di acquisire un diritto di parola fino ad allora sconosciuto (22).

La cura centrata sulla persona

Un diverso modello nato a cavallo fra associazionismo familiare e pratiche professionali di cure (soprattutto infermieristiche) è quello denominato "Patient-centred-care", ossia assistenza centrata sul paziente (23-24). Esso assume come prospettiva il paradigma bio-psico-sociale avviato da Engels [1977] e lo coniuga come un complesso di pratiche coordinate che si sviluppano intorno al malato. Tale pratiche si situano a cavallo fra assistenza familiare-amicale (caring) e assistenza professionale (care), e mirano ad un nuovo progetto allargato di assistenza a cui contribuisce tutto il team curante, compresa la componente medica. Se il termine di riferimento è il paziente (o, in versioni più recenti, la persona e la famiglia - o talvolta il consumatore, esaltato nel mondo anglosassone -), da ascoltare e supportare (25), allora è necessario mettere mano ad una dilatazione della professionalità capace di includere le capacità relazionali e comunicative, quelle collaborative e soprattutto sviluppare ambienti e organizzazioni a misura delle persone in cura e dei caregiver che li assistono (26).

Nonostante gli scetticismi iniziali, tale prospettiva ha mostrato di essere non solo praticabile, ma foriera di buoni risultati terapeutici, di un forte miglioramento delle relazioni di cura, di un incremento della soddisfazione degli staff professionali coinvolti (27). Tale modello ha innovato altresì in modo paradigmatico il concetto di cura portandolo a divenire un meta-concetto comprensivo delle varie pratiche che si svolgono intorno alla persona in cura volte a generare benefici complementari e quindi ad arricchirne l'assistenza.

Si tratta di un indirizzo che ha particolarmente influenzato i modelli operativi delle cure primarie (fra cui il Chronic Care Model) e dell'assistenza domiciliare, ma anche quelli di tipo riabilitativo (28) e di ospedalizzazione infantile.

L'ecologia di engagement

Un modello apparso di recente nel panorama del ridisegno dei rapporti fra équipe sanitaria e persone in cura è quello dell'Engagement (29) che, a sua volta, si pone nel filone di azioni e studi volti ad una "Medicina Partecipativa". La prospettiva dell'engagement nasce originariamente sulla base di una riflessione sulla rilevanza del coinvolgimento del paziente nei percorsi di cura (patient involvement), ma si allarga all'idea che l'engagement sia frutto di un ecosistema di azioni e interazioni coordinate di cui fa parte la stessa persona in cura (una prospettiva quindi system centred come quella successiva della co-produzione). Secondo Graffina (30), si tratta di «una scelta consapevole da parte della persona di porsi in una posizione di collaborazione e co-produzione con il sistema socio-sanitario e il team socio-assistenziale divenendone parte attiva e integrante», ma si può anche intendere come un «concetto-ombrello inclusivo e sovraordinato rispetto ad altri concetti quali adherence, compliance, empowerment, activation, health literacy, shared decision making».

Il focus dell'engagement pare essere quello del mettere in grado il soggetto che percorre un percorso di cura di "diventare co-autore", ossia mettere in gioco le proprie abilità personali elaborando la propria esperienza di malato. La medicina partecipativa e l'ecosistema di engagement ritengono che tale risultato sia possibile se esso viene perseguito dalle politiche sanitarie, se vi sia una sensibilizzazione delle comunità locali, se sia accompagnato dall'impiego di tecnologie e veda coinvolti (specie nelle situazioni di anzianità e cronicità) i caregiver e i familiari del soggetto in cura.

Varie versioni del modello co-produttivo

Un ulteriore modello emerso, in varie versioni, nell'ultimo quindicennio è quello che si rifà alla coproduzione dei beni nei pubblici servizi coinvolgendo e responsabilizzando il paziente/consumatore/cittadino nella loro realizzazione (31). Secondo Dent e Pahor (32) e Fotaki (11) tale modello si caratterizza per una logica di funzionamento diversa dalle due classiche che si sono contrapposte nel periodo neo-liberale, ossia quella consumerista della scelta (choice) e quella di cittadinanza (voice). Tali prospettive si pongono ambedue in modo esterno alla produzione di un servizio, mentre l'approccio co-produttivo permettere all'utilizzatore di contribuire in prima persona agli output dei servizi (33).

In letteratura esistono almeno tre accezioni dell'orientamento co-produttivo che si distinguono, a mio parere, per le implicazioni di livello micro, meso e macro che comportano. La prima accezione si concentra sul contributo del paziente nella gestione della propria

salute e su come stimolare e supportare tale capacità. La collaborazione non viene giustificata per motivi umanitari, di soddisfazione del paziente o per migliorare la compliance, ma per ragioni di qualità, efficacia ed efficienza dei processi di cura. Infatti si è constatato empiricamente che i pazienti attivi «credono di avere un ruolo importante da giocare nell'auto-gestione della cura, nella collaborazione coi providers e nel mantenimento della loro salute; essi conoscono come gestire la loro condizione, mantenere il funzionamento e prevenire il declino; inoltre essi hanno le abilità e il repertorio comportamentale per gestire la propria condizione, collaborare coi providers, mantenere il funzionamento e avere un accesso appropriato e di alta qualità alle cure» (34). Molti di questi programmi (come i Chronic Disease Self-Management Programs statunitensi e gli Expert Patient Programme inglesi) si sono concentrati sui supporti educativi per i pazienti. Questa accezione è quindi molto simile a quella del patient involvement, ossia concentrata sul soggetto.

Una seconda accezione vede la coproduzione nell'ottica manageriale. Secondo Bovaird e Loeffler (35) la co-produzione è costituita dalla capacità del «settore pubblico e dei cittadini di fare un migliore uso dei reciproci beni, risorse e contributi per raggiungere migliori risultati o incrementare l'efficienza». Si tratta di una «prospettiva sistemica che include il paziente, i caregiver informali, l'organizzazione e lo staff interno deputato a fornire il servizio e altri provider che agiscono in una logica di rete» (36). Secondo Loeffler et al. (37): «il paziente co-producer ricopre diversi ruoli: co-progettatore, co-esecutore e co-valutatore dei risultati» e può essere coinvolto in cinque fasi: quella delle decisioni di trattamento, della pianificazione del servizio, della sua esecuzione, della valutazione e revisione, e infine quella della valutazione delle politiche sanitarie.

Una terza accezione del termine è quella che lega la coproduzione a livello micro con i processi di integrazione territoriale dei servizi, nonché di valorizzazione del volontariato, delle associazioni dei pazienti, delle reti locali in una prospettiva di welfare community orientata, a sua volta, dalle policy socio-sanitarie. In Italia tale prospettiva è stata adottata in particolare nel campo della riabilitazione mentale attraverso la metodologia dei Budget di Salute e dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati previsti dalla DGR 1554/2015 della Regione Emilia Romagna (ma utilizzati anche in altre regioni e territori). I due strumenti sono integrativi delle prestazioni sociali e sanitarie pubbliche, ma combinano anche altre risorse e integrano le scelte della persona in cura, della sua famiglia, del volontariato. A tal proposito scrivono Pellegrini et al. (38): «Occorre partire dalla persona, dal suo punto di vista, dalla sua casa per realizzare un Programma di Cura e si iscriva nel Progetto di Vita.» «Il protagonismo dei cittadini/utenti si determina nella co-costruzione dei singoli progetti personalizzati e si struttura nella definizione di un contratto.»

Il modello narrativo

Un modello che vanta già circa un quarto di secolo di storia e che sta incontrando un

particolare favore in questo momento nel nostro paese è quello che va sotto il nome di Medicina Narrativa (39-40). Si tratta di un modello generato nell'ambito delle Medical Humanities che presta una specifica attenzione all'espressività e alla narrazione dei percorsi di malattia da parte del malato. La malattia è generalmente considerata "una provincia finita di significato", mutuando l'espressione di Alfred Schütz [1971], ossia un territorio in cui vale una semantica diversa da quella dell'ordinaria realtà come percepita dal soggetto nelle fasi di benessere. Il racconto ha una funzione catartica e di cura di sé (41), ma soprattutto è bene che esso sia comunicato coinvolgendo la sensibilità del personale sanitario, al fine di inglobare la visione dell'illness del malato nel processo di cura. Si tratta quindi di impostare un rapporto di cura che parte dall'ascolto dell'esperienza del malato (visto generalmente come particolarmente fragile e in condizioni critiche, ma comunicativamente capace) sviluppando delle specifiche capacità interpretative da parte del medico e del personale sanitario. Capacità che possono essere sollecitate anche in ambito formativo attraverso letture e narrazioni in prima persona da parte dei curanti. La diffusione di tali orientamenti e sensibilità può portare poi, sulla base di scelte etiche condivise, a innovazioni di tipo organizzativo con lo sviluppo di progetti applicativi in specifici settori operativi (ad es. l'oncologia: 42).

L'orientamento salutogenetico

Un ulteriore apporto ad una possibile innovazione dei modelli operativi in ambito sanitario è rappresentato dal concetto di salutogenesi e dalle sue applicazioni, in primis nel campo della promozione della salute (43), ma più estesamente a tutti gli ambienti di cura (44). La forte innovazione introdotta da questo concetto è di tipo epistemico e paradigmatico: esso infatti affianca allo studio dei processi patogenetici una considerazione sistematica della dimensione rigenerativa della salute, in particolare attraverso una interpretazione della salute come Healthy/Dis-ease continuum, ossia compresenza di processi di ricostruttivi e degenerativi in tutti i soggetti, con combinazioni e modalità variabili. Come asserisce Aron Antonowsky (43), ideatore e primo promotore di questo orientamento: «Il sistema umano (come tutti i sistemi viventi) è intrinsecamente imperfetto, soggetto a processi entropici inevitabili e inevitabile morte finale. Pertanto, la necessità di adattarsi o di far fronte alle tensioni che accompagnano lo stress è universale e non l'eccezione». Dunque la salute va pensata come «un modello continuo, che vede ognuno di noi, in un dato momento nel tempo, da qualche parte lungo un continuum sano/malato. Pertanto, una dicotomizzazione delle persone fra quelle in salute e quelle malate è arbitraria e non adeguata».

Come conseguenza di queste assunzioni, questo orientamento postula di accompagnare sistematicamente gli interventi di contenimento e guarigione delle malattie con sostegni e riabilitazioni dei processi generativi della salute, intesi non solo come riacquisizione di

benessere ma come capacità di fronteggiare le difficoltà della vita (coping). Per usare una metafora: non stare sulla riva a pescare ma nuotare nella corrente. I due concetti cardine che ha coniato l'ideatore della teoria sono quelli di "sense of coherence", ossia capacità elaborata dal soggetto nel corso della vita di padroneggiare le sfide, le tensioni, le difficoltà che generano stress, e di "risorse (generalizzate e specifiche) di resistenza", di tipo prevalentemente ambientale e situazionale, capaci di sollecitare apprendimenti e processi rigenerativi. Qui la gamma delle applicazioni potrebbe essere ampia, comprendendo anche alcune pratiche corporee non convenzionali che troverebbero una loro opportuna collocazione né alternativa né complementare ma piuttosto integrativa dell'intervento medico (45).

In definitiva questa teoria, focalizzando l'attenzione sui processi adattativi e morfogenetici (e non solo omeostatici), sviluppa l'attenzione su tutta l'ecologia di caring che si muove intorno alla persona in cura (6). Essa produce in contemporanea risorse favorevoli (da sviluppare) e sfavorevoli (da contenere) permettendo al soggetto di superare le difficoltà ed acquisire un nuovo, diverso, equilibrio dinamico.

4. Lo scenario della cura complessa e collaborativa

Quali indicazioni trarre da questa rassegna? Non si intende, in questa sede proporre un modello privilegiato o un meta-modello che integri quelli presentati. L'obiettivo è piuttosto quello di focalizzare l'attenzione su un'attesa finora non adeguatamente corrisposta e una prospettiva operativa che può percorrere diverse strade, ma non deve essere elusa. L'attesa è quella di dare risposta ad un cambiamento sociale che è ormai consolidato e storico, quello del "ruolo attivo" della persona in cura, che tuttavia ha visto una complessificazione crescente della domanda nel corso del tempo, passando dall'informazione al coinvolgimento. Anche le motivazioni e il contesto sono mutati: si è andati da un primo riconoscimento di autonomia ad una valutazione più approfondita della multidimensionalità della cura, per arrivare all'obiettivo di perseguire una maggiore efficacia ed efficienza grazie alla co-operazione di diverse risorse e saperi. Per queste ragioni i nuovi modelli diventano anche la frontiera per pensare a nuove figure di medico della persona e di professionista sanitario della cura complessa e collaborativa.

I modelli che abbiamo esaminato sono la testimonianza di un trend teorico e operativo che via via è diventato più inclusivo e maturo, su cui si sono misurate varie sperimentazioni che hanno all'attivo diversi studi valutativi. Il focus non può più rimanere confinato all'informazione fornita o alla scelta supportata, ma si deve necessariamente allargare ad una considerazione di tutta l'ecologia di caring che si svolge durante il processo di cura: prima, durante e dopo il passaggio nei servizi.

L'attenzione va altresì portata alla formazione della persona in cura e alla sua evoluzione nel corso della vita. Allo stesso modo, la formazione del personale (di base e permanente)

va ripensata radicalmente, non chiedendosi più se di essa debba fare parte la dimensione relazionale e quella cooperativa, ma come essa possa essere realmente implementata negli ambienti di cura.

I modelli più evoluti evidenziano la necessità di una combinazione virtuosa fra politiche socio-sanitarie, ruolo delle comunità locali, tecnologie e coinvolgimento delle persone in cura e delle loro reti. In altri termini, pare necessario avviare uno scenario della cura complessa e collaborativa in cui diversi “terzi poli” (politici, manageriali, professionali) collaborino con i team sanitari e le persone in cura (comprese le loro espressioni associative) per la costituzione di ambienti e percorsi di cura personalizzati, multidimensionali, integrati (6).

È sull’attraversamento o meno di questa nuova frontiera che si capirà se la medicina e il SSN vorranno scegliere la strada del semplice adeguamento dimensionale o intraprendere il sentiero arduo e creativo di un nuovo (necessario) patto di cura che punti sulla partecipazione territoriale, il coinvolgimento delle persone in cura, il ripensamento della formazione, la valorizzazione della collaborazione fra vecchie e nuove professioni.

Bibliografia

1. Cavicchi I. Stati Generali della professione medica. 100 tesi per discutere il medico del futuro. Roma: Fnomceo; 2018.
2. Tozzi A.E. Impazienti. La medicina basata sull’innovazione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2019.
3. Ingrosso M. Quale ruolo della persona-in-cura? Trasformazioni e prospettive delle relazioni di cura nello scenario contemporaneo. In Ingrosso M., Pierucci P., a cura, Relazioni di cura nell’era digitale. Roma: Aracne; 2019.
4. Cosmacini G. La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un’estinzione. Milano: Cortina; 2013.
5. Flamigni C, Mengarelli M. Nelle mani del dottore? Il racconto e il possibile futuro di una relazione difficile. Milano: Franco Angeli; 2014.
6. Ingrosso M. La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di sociologia della cura. Roma: Aracne; 2018.
7. Istituto Superiore di Sanità Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in Sanità - PNLG 10 revisione. Roma; 2008.
8. Carta Persone non solo pazienti. <http://www.personenonsolopazienti.it/>; 2017.
9. Dichiarazione di Ferrara sul Ruolo delle Persone in Cura. Sistema Salute. 2018; 62, 2: 296-301 e www.paracelso.unife.it.
10. Cittadinanzattiva, Consultazione sulla partecipazione civica in sanità, Documento finale. <https://www.cittadinanzattiva.it/primo-piano/salute/12165-documento-sulla-partecipazione-civica-in-sanita-leggi-e-di-la-tua.html>; 2019.
11. Fotaki M. Towards Developing New Partnership in Public Services: Users as Consumers, Citizens and/or Co-producers in Health and Social Care in England and Sweden. Public Administration 2010; 89, 3: 933-955.
12. Dent M, Fallon C, Wendt C. et al. Medicine and User Involvement within European Healthcare: A Typology for European Comparative Research. International Journal of Clinical Practice 2011; 65: 1218-1220.

13. Newman J, Tolken E., eds, Participation, Responsibility and Choice. Summoning the Active Citizen in Western Europe Welfare States. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2011.
14. Vedelago F. Le dimensioni del ruolo sociale dell'utente attore. In Vicarelli G., a cura, Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere. Bologna: Il Mulino; 2016.
15. Sthrol H. L'État social ne fonctionne plus. Paris: Albin Michel; 2008.
16. Guyatt GH, Mulla SM, Scott IA. et al. Patient engagement and shared decision-making. *Journal of General Internal Medicine* 2014; 6, 2: 190-197.
17. Cittadinanzattiva Il SSN tra attese e promesse disattese - XXII Rapporto PiT Salute. Roma; 2019.
18. Ingrosso M, Pierucci P. a cura, Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici. Roma: Aracne; 2019.
19. Graffigna G, Barelo S. Engagement: un nuovo modello di partecipazione in sanità, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2018.
20. O'Connor AM, Rostom A, Fiset V. et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ* 1999; 319:731.
21. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K. et al. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* 2016; 99 (12), pp. 1923-1939.
22. Ingrosso M. Self-help e associazionismo fra pazienti: intrecci e nuove opportunità. In Cipolla C., Maturò A., a cura, Scienze sociali e salute nel XXI secolo. Milano: Franco Angeli; 2008.
23. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322(7284):444-445.
24. Cronin C. Patient-Centred Care - An Overview of Definitions and Concepts. Washington DC: National Health Council; 2004.
25. Institute for Patient- and Family-Centered Care Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: How to Get Started. Bethesda: Institute for Patient- and Family- Centered Care, 2008:1-28.
26. World Health Organization People-Centred Health Care: A policy framework. Geneva: World Health Organization; 2007.
27. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about Patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health affairs* 2013; Feb 1; 32, 2:207-14.
28. Basaglia N, Zani G, Straudi S. Medicina riabilitativa ed empowerment. Esperienze di coinvolgimento e collaborazione curato-curanti nei percorsi riabilitativi e specialistici. In Ingrosso M., Pierucci P. (a cura), Relazioni di cura nell'era digitale. Roma: Aracne; 2019.
29. Graffigna G, Barelo ., Riva G. et al. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana. *Recenti Progressi in Medicina* 2017; 108, 11:455-475.
30. Graffigna G. Verso la generazione di un Ecosistema di Engagement. In Ingrosso M., Pierucci P., a cura, Relazioni di cura nell'era digitale. Roma: Aracne; 2019.
31. Fugini M, Bracci E, Sicilia M. eds, Co-production in Public Sector. Experiences and Challenges. Switzerland: Springer I.P.; 2016.
32. Dent M, Pahor M. Patient involvement in Europe – a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management* 2015; Vol. 29 Iss 5: 546-555.
33. Bovaird T. Beyond engagement and participation: user and community coproduction in public services. *Public Administration Review* 2007; Vol. 67 No. 5: 846-860.
34. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv. Res.* 2004; 39(4 Pt 1): 1005-1026.

35. Bovaird T, Loeffler E. From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value. *Voluntas* 2012; 23(4): 1119-1138.
36. Gilardi S, Guglielmetti C, Marsilio M, Sorrentino M. Co-production in Health care. Moving Patient Engagement Towards a Managerial Approach. In Fugini M., Bracci E., Sicilia M., eds, *Co-production in Public Sector. Experiences and Challenges*. Switzerland: Springer I.P.; 2016.
37. Loeffler E, Power G, Bovaird T, Hine-Hughes F. *Co-production of Health and Wellbeing in Scotland*. Edinburgh: Governance International; 2013.
38. Pellegrini O, Ceroni P, Dall'Aglio R, Soncini C. Il Budget di Salute e le politiche sanitarie e sociali. In Pellegrini O, Ceroni P, Dall'Aglio R, Soncini C. a cura, *Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna*, Merano: Ed. Alpha beta; 2019.
39. Good BJ. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità; 1999.
40. Charon R. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Cortina; 2019.
41. Demetrio D. *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Cortina; 1996.
42. Alastra V. *Le verità e le decisioni. Narrare la cura e l'esperienza di malattia oncologica*. Lecce: Pensa Multimedia; 2018.
43. Antonowsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; vol 11, 1: 11-18.
44. Pelikan JM. The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. In Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer; 2017.
45. Tognetti M. *Salutogenesi e medicine complementari-alternative. Quale relazione in tempo di crisi economica*. In Ingrosso M, Pierucci P. a cura, *Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*. Roma: Aracne; 2019.
46. The Danish Committee for Health Education, Careum, WHO/Europe and European Network for Patient Empowerment *Patient Empowerment: Responding to the NCD challenge - 1st European Conference on Patient Empowerment*. Copenhagen, 11th-12th April 2012.
47. Society for Participatory Medicine *Participatory Medicine Manifesto*. 2018; <https://participatory-medicine.org/manifesto/>.
48. Thomas J.C. Citizen, Customer, Partner: Rethinking the Place of the Public in Public Management. *Public Adm. Rev.* 2013; 73(6): 786-796.
49. Sorrentino M, Guglielmetti C, Gilardi S, Marsilio M. Health care services and the coproduction puzzle: Filling in the blanks. *Adm. Soc.* 2015; 9: 1-26.
50. Mittelmark MB, Bauer G.F *The Meanings of Salutogenesis*. In Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer; 2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro per lo sviluppo sostenibile: le strategie dell'Unione Europea

Workplace health prevention and promotion for sustainable development the European Union's strategies

Elisabetta Calvo¹, Martina Dominici², Dante Alpi³

¹ *Lead auditor SGQ ed esperta in Corporate Wellness e Welfare aziendale – Membro Progetto Wellness in Job*

² *Dottore Commercialista ed esperta in Corporate Wellness e Welfare aziendale – Membro Progetto Wellness in Job*

³ *Medico di Medicina Generale USL Umbria 2 - Membro Progetto Wellness in Job*

Parole chiave: salute nei luoghi di lavoro, WHP, ENWHP, sviluppo sostenibile, salutogenesi

RIASSUNTO

Obiettivi: il presente contributo si propone di mettere in evidenza che l'implementazione di programmi volti alla promozione della salute sui luoghi di lavoro suggeriti dalla rete ENWHP incrementa la produttività e potenzia l'immagine pubblica dell'azienda e che tali programmi hanno impatti positivi sull'intera collettività.

Metodi: analisi di revisioni sistematiche, pubblicazioni della letteratura scientifica e un caso di studio con valutazione dei dati relativi alla salute psico-fisica della popolazione e dei miglioramenti rinvenuti nelle realtà che hanno adottato programmi di promozione della salute sul luogo di lavoro.

Risultati: i programmi volti alla promozione della salute sul luogo di lavoro hanno dimostrato un impatto positivo sulla realtà aziendale, in quanto in grado di aumentare la produttività, diminuire l'assenteismo e migliorare l'immagine pubblica dell'azienda nei confronti del mercato. I programmi di promozione di salute che coinvolgono i lavoratori hanno delle ricadute positive anche nei confronti della collettività in quanto il lavoratore trasmette, in ambito familiare, le best practices acquisite sul luogo del lavoro, generando in tal modo un circolo virtuoso che coinvolge l'intera società.

Conclusioni: la promozione della salute presenta delle ricadute di carattere generale e costituisce un pilastro fondamentale per il raggiungimento del benessere sociale ed economico di tutta la comunità. La WHP si propone come obiettivo quello di incrementare la salute ed il benessere dei lavoratori, al fine di assicurare un maggior livello di benessere psico-fisico e di abilità lavorativa. L'ENWHP, tramite l'integrazione delle attività poste in atto dai datori di lavoro, dai lavoratori e dalla società per incrementare la salute e il benessere degli individui sul luogo di lavoro, si configura come un efficace mezzo a sostegno di questo obiettivo.

Autore per la corrispondenza: elisabettacalvo@outlook.it

Key words: health workplace, WHP, ENWHP, sustainable development, salutogenesis

SUMMARY

Objectives: this contribution aims to highlight that the implementation of programs aimed at promoting health in the workplace suggested by the ENWHP network increases productivity and enhances public image and that these programs have positive impacts on the entire community.

Methods: analysis of systematic reviews, publications of scientific literature and a case study with evaluation of the data relating to the psycho-physical health of the population and of the improvements found in the realities that have adopted workplace health promotion programs.

Results: the programs aimed at promoting health in the workplace have shown a positive impact on the business reality, as they are able to increase productivity, decrease absenteeism and improve the public image of the company towards the market. Health promotion programs involving workers have positive repercussions also for the community as the worker transmits the best practices acquired in the workplace to the family, thus generating a virtuous circle that involves the whole society.

Conclusions: health promotion has general repercussions and constitutes a fundamental pillar for achieving the social and economic well-being of the whole community. The WHP aims to increase the health and well-being of workers, in order to ensure a greater level of psycho-physical well-being and work ability. The ENWHP, through the integration of the activities implemented by employers, workers and society to increase the health and well-being of individuals in the workplace, is an effective means to support this goal.

Introduzione

La promozione della salute presenta delle ricadute di carattere generale e costituisce un pilastro fondamentale per il raggiungimento del benessere sociale ed economico di tutta la comunità. Il mutamento demografico costituisce una delle prove più importanti per l'Europa, poiché nel corso dei prossimi decenni l'Unione europea registrerà un aumento della percentuale di lavoratori anziani e le sue politiche dovranno necessariamente fornire un quadro di riferimento per affrontare questa sfida.

Alla luce dell'elevato prezzo inducibile dalle inadeguate attività di promozione della salute risulta necessario modificare questo approccio considerando la promozione della salute come un proficuo investimento e non un mero costo in grado di accrescere la prosperità di una nazione, migliorando la qualità di vita della collettività. La WHP (Workplace Health Promotion) si propone come obiettivo quello di incrementare la salute ed il benessere dei lavoratori, al fine di assicurare un maggior livello di benessere psico-fisico e di abilità lavorativa per una popolazione di età media sempre più elevata.

E' sempre più evidente dalla letteratura scientifica e dall'esperienza condotta sul campo che la gestione integrata e simultanea dell'ambiente lavorativo (organizzativo e fisico) e dei fattori di rischio per la salute dei lavoratori, presenta maggior efficacia in termini di prevenzione delle patologie, favorendo lo sviluppo di sicurezza e benessere.

Il Network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (ENWHP) ha individuato la propria attività di promozione nell'integrazione delle attività poste in atto

dai datori di lavoro, dai lavoratori e dalla società per incrementare la salute e il benessere degli individui sul luogo di lavoro.

1. Promuovere la salute per uno sviluppo sostenibile

La salvaguardia della salute costituisce un obiettivo fondamentale per lo sviluppo di una crescita inclusiva rivolta alla prosperità diffusa ed in quest'ottica il Consiglio dell'Unione Europea ha focalizzato i principi essenziali dell'Economia del Benessere (1), con particolare attenzione alle priorità ed alla governance con il fine di posizionare il raggiungimento del benessere delle persone e la crescita economica sostenibile al centro del processo decisionale e politico; l'economia del benessere e la crescita sostenibile sono strettamente interconnesse ed interdipendenti. L'incremento del benessere umano tramite il miglioramento dello stato di salute conduce ad esiti che si posizionano oltre il semplice incremento del prodotto interno lordo, in quanto la promozione della salute si configura più efficace della cura delle patologie manifeste (2).

Il modello sociale europeo ha permesso l'incremento della longevità ed entro il 2060, un europeo su tre sarà ultrasessantacinquenne. La "economia d'argento" europea, legata alla popolazione degli over 50 anni, è quantificata in 3,7 trilioni di euro, risultando in continua crescita, con una stima entro il 2025 intorno a 5,7 trilioni di euro; rappresenta la terza più grande economia al mondo dietro Cina e Stati Uniti (3).

La promozione della salute e la prevenzione delle malattie con i progressi nel campo dell'assistenza sanitaria hanno contribuito all'aumento della speranza di vita. (Fig.1)

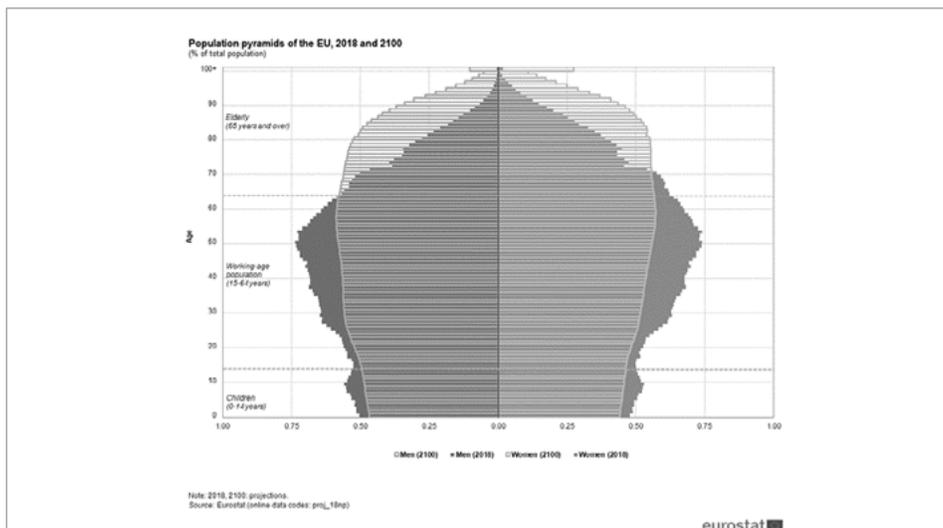


Figura 1 - Piramidi della popolazione, 2018 e 2100 (% della popolazione totale).

La longevità costituisce una potenzialità per l'economia e il mercato del lavoro, ma necessita di adeguate azioni di sostegno che permettano la partecipazione attiva nella società e nel mondo del lavoro nella maniera più estesa possibile.

2. Invecchiamento e forza lavoro

Un quarto della forza lavoro totale entro il 2030 sarà rappresentata dai lavoratori anziani; oltre a ciò negli Stati europei si rileva una strategia volta all'incremento del tasso di occupazione nell'età compresa tra 55 e 64 anni ed una tendenza al differimento dell'età pensionabile oltre i 65 anni (4).

L'aumento dell'età lavorativa ha delle ricadute sia in termini di qualità della salute e rischio professionale, sia in termini di sostenibilità del lavoro. In primo luogo l'allungamento degli anni lavorati e il lavoro impegnativo possono aumentare i rischi di sviluppare malattie professionali a seguito dell'esposizione complessiva; in secondo luogo occorre considerare anche le capacità di lavoro degli over 65 e la loro adattabilità a condizioni fisicamente o mentalmente difficili; per entrambe queste implicazioni risulta, quindi, importante ridurre l'esposizione ai pericoli e semplificare l'attività lavorativa. Nel 2010, tra quelli di età compresa tra 50 e 54 anni, il 33,7% non pensava che sarebbe stato in grado di fare lo stesso lavoro a 60 anni (5). La diffusione delle malattie croniche non trasmissibili (cardiopatie, ictus, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche, ecc.) è in continuo incremento, costituendo la principale causa di morte in gran parte dei Paesi nel mondo. All'origine delle più importanti malattie croniche si individuano fattori di rischio modificabili quali l'alimentazione insalubre, la sedentarietà, il tabagismo e l'abuso di alcol i quali possono indurre fattori di rischio intermedi quali ipertensione, iperglicemia, ipercolesterolemia ed obesità. Tutto ciò si integra con i fattori di rischio non modificabili, quali la predisposizione genetica e l'età, andando a determinare la gran parte dei decessi per malattie croniche nel mondo. Le malattie croniche si possono, inoltre, correlare a determinanti impliciti, definiti come "cause delle cause", conseguenza delle principali forze che trainano le modifiche sociali, economiche e culturali: la globalizzazione, l'urbanizzazione, l'invecchiamento progressivo della popolazione, le politiche ambientali, la povertà (6). (Fig.2)

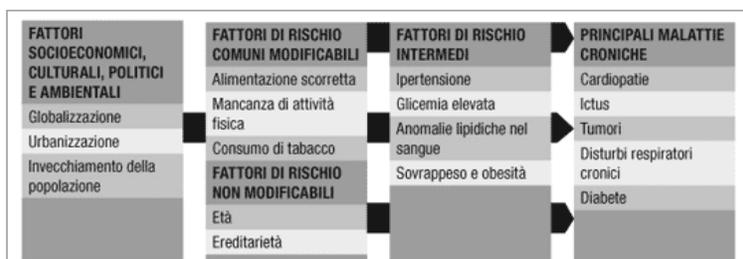


Figura 2 - Cause delle malattie croniche. Fonte WHO

I lavoratori affetti da patologie croniche presentano possibili ridotte prospettive occupazionali e di guadagno in relazione sia al maggior rischio di perdita del lavoro, sia a maggiori difficoltà di reinserimento (7); il 74% delle persone sane di età compresa tra 50 e 59 anni ha un impiego, tale percentuale scende al 70% tra quelli con una malattia cronica e scende al 52% per le persone con due malattie croniche concomitanti (8).

Si stima che il 70-80% di tutti i costi sanitari nell'UE siano correlati alle malattie croniche e corrispondano a circa 700 miliardi di euro (9). Un quarto della popolazione attiva dell'UE riferisce già di avere una malattia cronica, con un trend percentuale aumentato di 8 punti tra il 2010 e il 2017; i lavoratori di età superiore ai 50 anni hanno una probabilità doppia di avere una malattia cronica rispetto ai lavoratori di età inferiore ai 35 anni. Anche tra i lavoratori più giovani la percentuale di malattie croniche è in aumento, passando dall'11% nel 2010 al 18% nel 2017 per i minori di 30 anni (10).

Negli Stati Uniti nei prossimi 19 anni, secondo uno studio della Harvard School of Public Health, ci sarà una perdita di \$ 47 trilioni a causa di malattie croniche e mentali per il loro impatto sull'assistenza sanitaria e servizi di previdenza sociale, per l'assenteismo e riduzione della produttività, per la disabilità persistente e riduzione del reddito per le famiglie coinvolte (11). Secondo il Health at a Glance Europe 2016, nell'Unione europea, circa 555.000 persone di età compresa tra 25 e 64 anni sono decedute per le principali malattie non trasmissibili (NCD) nel 2013, corrispondente a un tasso di circa 200 per 100.000 abitanti in questa fascia di età. Supponendo che queste persone sarebbero state impiegate fino a 65 anni allo stesso tasso di occupazione del resto della popolazione, la potenziale perdita associata per l'economia è stimata in circa 3,4 milioni di anni di vita potenzialmente produttiva nei 28 paesi dell'UE nel 2013 che corrisponde a un tasso di 1.236 anni di vita produttiva per 100.000 abitanti in quella fascia di età. Sulla base delle retribuzioni medie annue dei lavoratori nei paesi dell'UE di circa 33.800 euro, ciò equivale a 115 miliardi di euro di potenziali perdite economiche ogni anno (pari allo 0,8% del PIL nell'Unione europea). La maggior parte dei decessi prematuri dovuti a malattie non trasmissibili era dovuta a persone di età compresa tra 45 e 64 anni. Nel 2013, circa 508.000 persone di età compresa tra 45 e 64 anni sono morte a causa di malattie non trasmissibili nell'UE. Ciò corrisponde a una perdita di circa 2,5 milioni di anni di vita potenzialmente produttivi (12). Per le sole malattie cardiovascolari, le perdite di produttività sono stimate a 54 miliardi di euro/anno (13).

Lo studio di coorte francese GAZEL (14) sull'impatto del diabete sull'interruzione del lavoro ha scoperto che i pazienti con diabete di tipo 2 hanno perso un tempo medio stimato di 1,1 anni nella forza lavoro tra i 35 e i 60 anni; rispetto agli individui non diabetici, le persone con diabete avevano significativamente aumentato i rischi di passaggio dall'occupazione alla disabilità, alla pensione e persino alla morte e nel complesso è stata osservata una rapida riduzione del tasso di occupazione.

La promozione della salute negli ambienti di lavoro presenta un importante valore ag-

giunto in quanto essi costituiscono dei veri e propri universi relazionali in cui gli individui passano la gran parte del loro tempo e, quindi, le iniziative relative ai determinanti sanitari sul luogo di lavoro sono importanti per promuovere il benessere dei lavoratori (15). Il luogo di lavoro costituisce l'ambiente ottimale per incoraggiare uno stile di vita sano e concorrere al miglioramento della salute tra i lavoratori di una azienda. E' rilevante il fatto che la sopravvivenza di molte aziende, e della produttività economica generale, dipende da una forza lavoro motivata e sana (16). La prevenzione e la promozione di stili di vita sani (attività fisica, educazione alimentare, limitazione dell'uso di alcol, contrasto al tabagismo, ecc.) costituisce la migliore attività di contrasto all'insorgenza delle malattie croniche e di supporto alla sostenibilità e resilienza delle aziende e dei sistemi sanitari.

“Le buone pratiche di promozione della salute nei luoghi di lavoro sostengono lo sviluppo di risposte innovative verso i nuovi rischi che abbiamo sopra evidenziato, favorendo l'introduzione di una cultura preventiva e partecipativa nell'impresa e facilitando le possibilità di apprendimento. In secondo luogo mettono in risalto le connessioni tra l'organizzazione partecipativa del lavoro, il suo carico e la salute, individuale e collettiva. Terzo, consentono di evidenziare le leve critiche a creare ambienti favorevoli sin dai primi stadi della vita lavorativa. [...] Dobbiamo spostare le nostre politiche verso la promozione e la prevenzione. [...] Interventi risanatori tardivi sono costosi e in molti casi altamente inefficaci ed inefficienti. Il peso dei costi a livello macro si spostano in perdite microeconomiche di produttività e riducono la competitività, che a sua volta innesca un ciclo negativo e riduce le performance delle nostre reti e dei sistemi sociali” (17).

3. La Promozione della salute nei luoghi di lavoro e la rete europea (ENWHP)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha identificato la WHP (Workplace Health Promotion) come una delle strategie efficaci nell'ambito delle politiche di promozione della salute; ne ha infatti descritto i modelli di attivazione e l'ha inserita tra le strategie per il 2020. La WHP è un progetto globale che affonda le sue radici nella Carta di Ottawa del 1986, nella quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziava l'importanza della promozione della salute anche negli ambienti di lavoro al fine di contribuire ad uno sviluppo economico e sociale sostenibile. Le linee guida adottate da WHP trovano ulteriore punto di riferimento nel Trattato di Lisbona (2007) nel quale è messa in evidenza l'importanza della protezione della salute umana prevenendo le malattie e incoraggiando stili di vita sani affrontando tematiche quali la nutrizione, l'attività fisica, il tabagismo, il consumo di alcool e droghe e la sicurezza stradale.

Altro importante atto fondamentale per la WHP è la Dichiarazione di Lussemburgo per la Promozione della salute sul lavoro nell'Unione Europea (1997 e 2007) la quale ha come scopo il miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, la promozione della partecipazione attiva e l'incoraggiamento delle capacità personali. Ulteriore emblematico punto di riferimento Ancora un altro emblematico atto è rap-

presentato dalla Dichiarazione di Barcellona (2002) ove gli Stati membri dell'EU sono invitati a promuovere lo sviluppo di strategie, politiche e procedure per promuovere la salute nell'ambiente di lavoro. Nel 2010 la Dichiarazione di Edimburgo fissa un altro elemento punto fondamentale, ovvero la promozione della salute mentale sul luogo di lavoro, la quale può essere supportata con azioni come la promozione negli impiegati dello sviluppo delle competenze sociali e della fiducia in se stessi, il coinvolgimento del personale nel processo decisionale e la riduzione delle cause di stress nell'ambiente di lavoro. Infine, con la Dichiarazione di Bruxelles, sottoscritta nel 2013, vengono prese in considerazione le malattie croniche, sulla la loro prevenzione e sulla la loro gestione, ove già presenti, potenziando le capacità e le sulle risorse dell'individuo, con il fine di aumentare le opportunità di occupazione delle persone affette da malattie croniche e ridurre la discriminazione.

In Europa, punto di partenza per l'avvio di esperienze strutturate rivolte alla promozione della salute anche negli ambienti di lavoro può essere considerato il 1996, quando, in occasione dell'adozione da parte della Comunità Europea del Programma d'azione "Promozione della salute, educazione, informazione e formazione" per migliorare gli standard di salute pubblica in Europa in tutti i setting, compreso quello lavorativo, venne istituito l'ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion). Da quel momento l'ENWHP ha guadagnato un notevole apprezzamento arrivando a definire in modo omogeneo in Europa ciò che si intende per "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" tramite lo sviluppo di criteri standardizzati di buona qualità. Dal 1996, la rete ENWHP è cresciuta costantemente, con la partecipazione di organizzazioni pubbliche per la salute o di salute e sicurezza nazionale degli stati membri dell'Unione Europea, Svizzera e paesi dell'Area Economica Europea, membri appartenenti a strutture pubbliche e private ed individui (Fig 3).

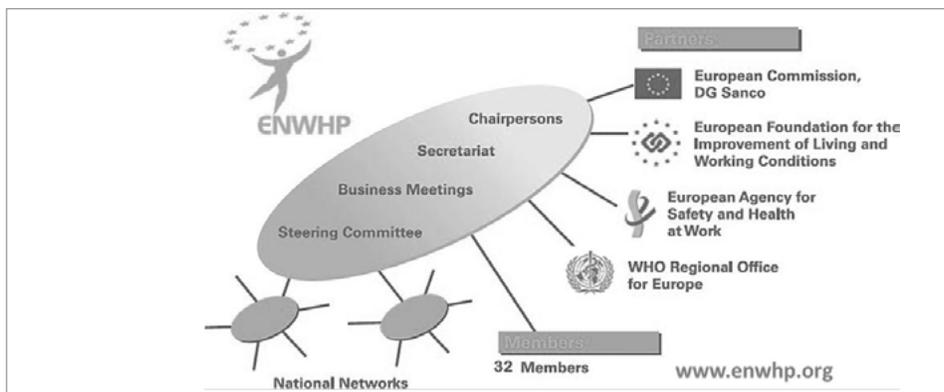


Figura 3 - Struttura ENWHP

La rete costituisce una piattaforma per tutte le parti interessate al miglioramento della salute nel luogo di lavoro e impegnate a lavorare per realizzare la sua mission che si traduce nel motto "lavoratori sani in organizzazioni sane", con ricadute favorevoli sullo sviluppo economico e sociale sostenibile in Europa. Creare e mantenere un posto di lavoro sano deve rientrare nella responsabilità di gestione dell'azienda e tale prerogativa deve coinvolgere il personale direttivo ed esecutivo, rientrare nelle politiche aziendali ed essere destinataria di risorse finanziarie. Per la sua implementazione devono essere coinvolti i dipendenti i quali sono parte integrante e fondamentale di una buona politica di WHP, il processo deve essere continuamente monitorato e migliorato ed i risultati devono essere quantificati sulla base di specifici indicatori. La WHP prevede 10 fasi che prevedono come primo approccio un coinvolgimento dei vertici aziendali e successivamente l'istituzione di un gruppo di lavoro responsabile per la pianificazione e direzione delle attività da intraprendere in collaborazione con i rappresentanti dei dipendenti; il gruppo di lavoro dovrà raccogliere dati attraverso il dialogo diretto con i dipendenti e l'osservazione diretta delle politiche attuate per verificare se nel tempo vengano o meno raggiunti gli obiettivi intermedi del programma WHP intrapreso, il quale deve ricoprire un arco temporale di medio-lungo tempo, ed infine dovrà valutare le attività svolte e coordinare l'attuazione dei miglioramenti necessari emersi nel corso del tempo. L'ENWHP si impegna a sviluppare Dichiarazioni, Linee guida, Modelli di buone pratiche, Toolkit ed altro e a contribuire allo sviluppo e all'attuazione degli Standard di Qualità Europei per la Salute sul Luogo di Lavoro (EQSWH), avendo peraltro il diritto di adattare l'EQSWH ai propri schemi nazionali o locali essendo struttura accreditata a supportare organizzazioni/datori di lavoro per il perseguimento dell'**accreditamento EQSWH**. A seguito di questa attività, diversi paesi hanno istituito network nazionali satelliti dell'ENWHP con lo scopo di coordinare interventi sul proprio territorio. In Italia, dove i programmi di WHP solo recentemente sono entrati a pieno titolo nei piani di prevenzione nazionali, un network nazionale istituzionalmente incardinato non è stato ancora formalizzato (18).

Metodologia

La salute, uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è una questione critica sul posto di lavoro in quanto è direttamente correlata al capitale umano, la risorsa più importante e costosa di un'organizzazione. La sfida per i datori di lavoro è di trovare un equilibrio tra il conseguimento degli obiettivi dell'azienda di tipo economico e le esigenze di salute dei lavoratori con malattie croniche (19).

Nel nostro elaborato, secondo un metodo misto, abbiamo voluto prendere in con-

siderazione da un lato alcune revisioni sistematiche e pubblicazioni della letteratura scientifica riguardanti le attività di promozione della salute negli ambienti di lavoro pubblicate tra gli anni 2019 e 2020 e confrontare i loro risultati, cercando di riassumere il grado di raggiungimento dei risultati e dall'altro un caso di studio incentrato su un'implementazione pluriennale di un programma WHP in una singola azienda, l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) di Roma che ha sviluppato attività finalizzate al miglioramento del benessere psico-fisico dei lavoratori. L'Ospedale ha aderito al Progetto della Regione Lazio "Promozione di stili di vita salutari negli ambienti di lavoro" con l'obiettivo di promuovere stili di vita più sani in ambito lavorativo e costruire una rete regionale di WHP, ed ha, inoltre, aderito all'ENWHP con l'obiettivo di diffondere best practices di promozione della salute nei luoghi di lavoro e collaborare alla strutturazione di un modello validato e condiviso a livello nazionale ed internazionale. Le attività messe in campo da parte dell'OPBG sono riconducibili alla Prevenzione nei luoghi di Lavoro (Disability Management, Health Promotion, Prevenzione Personalizzata e Benessere lavorativo) promossa dall'Unità di Funzione di Medicina. L'organizzazione ha messo in essere un approccio olistico, affrontando in modo globale il programma di WHP, al fine di ridurre l'impatto di diseconomie, inefficienze e conseguenze negative nel luogo di lavoro attraverso la promozione integrata della salute con un approccio WHP e Total Worker Health (TWH), finalizzato a combinare e integrare interventi per il benessere del lavoro, la promozione della salute, la gestione della disabilità, la sicurezza sul luogo di lavoro e le attività extra lavorative.

Risultati e analisi

Per l'analisi e l'estrapolazione dei risultati che emergono dalle revisioni e dalle pubblicazioni considerate, è stato adottato un approccio di sintesi cercando di mettere in evidenza, così come riepilogato nella tabella sottostante, i principali risultati ottenuti (Tab.1). La letteratura proposta in tabella suggerisce che i programmi di WHP possono essere potenzialmente utili alla promozione della salute sul luogo di lavoro se accuratamente progettati e strutturati in termini di qualità e personalizzazione, in base alle peculiarità del setting lavorativo, con la necessità che intercorra un periodo di tempo medio-lungo al fine di permettere il raggiungimento degli obiettivi pianificati. Si rileva l'importanza d'individuare adeguati indicatori di risultato tali da permettere il costante monitoraggio delle azioni messe in campo.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG) di Roma

I programmi e le iniziative per la prevenzione e promozione della salute messe in atto dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma hanno un valore sia nella prevenzione primaria per il mantenimento del benessere degli operatori sanitari, che nella preven-

Tabella Riepilogativa
<p>“The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews”, Proper KI, van Oostrom SH - a systematic review of reviews. Pubblicare tra il 2009 e il 2018 in database elettronici) Scand J Work Environ Health 2019;45(6):546-559 doi:10.5271/sjweh.3833</p> <p>Risultati: Questa revisione ha trovato prove dell'efficacia della promozione della salute sul luogo di lavoro per prevenire esiti correlati al peso (interventi mirati all'attività fisica e/o dieta), alla depressione (interventi psicologici sul posto di lavoro), alle problematiche muscolo-scheletriche (allenamento di resistenza). Tuttavia, la qualità delle revisioni non è stata di alta qualità e si sono riscontrate conclusioni contrastanti sull'efficacia di interventi sul luogo di lavoro, sull'insorgenza di malattie polmonari, diabete mellito tipo 2 e malattie cardiovascolari.</p> <p>Conclusioni: Al momento non è possibile formulare raccomandazioni basate sull'evidenza su quali attività e in quale dose o frequenza dovrebbero essere applicate.</p>
<p>“Evidence of Workplace Interventions - A Systematic Review of Systematic Reviews”, Claudia Pieper, Sarah Schröer and Anna-Lisa Eilerts- a systematic review of reviews. Pubblicare da aprile 2012 a ottobre 2017, pubblicata il 23 settembre 2019) International Journal of Environmental Research and Public Health.</p> <p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi sul posto di lavoro come esercizio fisico, corsi di formazione, programmi di educazione, scrivanie e sedie ergonomiche possono ridurre il dolore e i sintomi per i dipendenti che presentano disturbi muscoloscheletrici. - Vi sono prove di evidenza dell'effetto positivo dei programmi nei luoghi di lavoro multicomponenti (erogati contemporaneamente in più di un setting). - Ci sono prove moderate che la terapia cognitivo-comportamentale, il MBSR (Mindfulness-based stress reduction: riduzione dello stress basata sulla consapevolezza) e i corsi di formazione sulla gestione dello stress professionale possono ridurre significativamente lo stress. - Gli interventi sul posto di lavoro possono ridurre assenteismo e costi associati. <p>Conclusioni: Un approccio partecipativo che coinvolge dipendenti, datori di lavoro e strutture di gestione nella comunicazione, sembra essere un importante fattore di successo per lo sviluppo e attuazione di interventi per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute nel posto di lavoro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gli autori raccomandano che le organizzazioni continuino a fornire interventi sul posto di lavoro ai dipendenti, dal momento che numerosi interventi hanno avuto un impatto positivo sulla salute dei dipendenti. - I risultati indicano che l'implementazione di alta qualità, compresa la valutazione sistematica e in corso delle procedure di monitoraggio, portano ad una maggiore efficacia. - E' auspicabile l'implementazione di programmi di esercizi di stretching, vibration feedback nell'uso del mouse o supporti dell'avambraccio per le workstation per prevenire disturbi muscoloscheletrici.
<p>“Interventions to promote work ability by increasing sedentary workers physical activity at workplaces – A scoping review”, Applied Ergonomics - A scoping review. 82 (2020) 102962, Pubblicato il 27 settembre 2019.</p> <p>L'obiettivo di questa revisione esplorativa era di esaminare la portata e la natura degli interventi volti a promuovere la capacità lavorativa dei lavoratori sedentari aumentando l'attività fisica e/o diminuendo il tempo sedentario sul lavoro o durante il tempo libero. Gli autori hanno cercato nei database di Medline, Cochrane Central e Scopus e identificato 29 studi di intervento. La maggior parte degli studi (n. 25) erano RCT.. ((essai comparatif randomisé (ECR))</p> <p>Risultati: Tredici studi hanno riportato effetti benefici sulla capacità di lavoro. Gli interventi su misura e gli interventi di gruppo, comprese le azioni ambientali, sono stati spesso utili (9/13).</p> <p>Conclusioni: Gli autori hanno identificato le caratteristiche degli interventi fattibili ed efficaci per promuovere la capacità di lavoro aumentando l'attività fisica o riducendo il tempo sedentario dei lavoratori sedentari.</p>
<p>“Worksite health promotion and social inequalities in health”, Anne C. van der Put et al., <i>SSM - Population Health</i> 10 (2020) 100543, pubblicato il 17.01.20. Dati trasversali tratti dall'European Sustainable Workforce Survey (ESWS), sondaggio multilivello su dipendenti, responsabili di reparto e responsabili delle risorse umane, condotto nel 2015/2016 in nove paesi europei: Bulgaria, Finlandia, Germania, Ungheria, Paesi Bassi, Portogallo, Spagna, Svezia e Regno Unito. Hanno partecipato 11.011 impiegati in 259 organizzazioni.</p> <p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per ogni tipologia applicata di WHP, i dipendenti che fruiscono del WHP valutano la propria salute come migliore rispetto ai dipendenti che non usano WHP. - L'associazione tra WHP e salute era simile per tutti i dipendenti. Dato questo potenziale generale di promozione della salute della WHP, si raccomanda alle organizzazioni e ai promotori della salute sul luogo di lavoro di incoraggiare i dipendenti con istruzione inferiore a fare uso della WHP, per contribuire a mitigare le disparità di salute. <p>Conclusioni: Questo studio è tra i primi a valutare in che modo le caratteristiche sociodemografiche dei dipendenti influenzano l'uso della WHP. Concludiamo che l'uso di menu e strutture sportive salutari sul posto di lavoro può contribuire ad aumentare le disuguaglianze sanitarie, poiché è meno probabile che dipendenti meno istruiti ne facciano uso.</p> <p>“Evaluation of Get Healthy at Work, a statewide workplace health promotion program in Australia”, Crane et al., BMC Public Health (2019) 19:183. Questo studio ha valutato Get Healthy at Work (GHaW), un programma di WHP finanziato dallo stato in</p>

<p>Australia, sulla efficacia dei programmi di salute sul luogo di lavoro (WHP). Sondaggio longitudinale su imprese registrate con GHaW (241) e un gruppo di confronto di imprese (403) esaminate per un periodo di 12 mesi.</p> <p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambiamenti positivi a livello aziendale nella cultura della salute sul posto di lavoro sono stati osservati nel tempo tra le imprese GHaW rispetto al gruppo di controllo. - Miglioramento della percezione di un migliore stato di salute da parte dei dipendenti. - Miglioramento significativo della promozione sul posto di lavoro dei comportamenti sani. <p>Conclusioni:</p> <p>GHaW ha il potenziale per migliorare la cultura della salute sul luogo di lavoro, il che può portare a migliori ambienti di lavoro che promuovono la salute. Questi risultati implicano che il governo può svolgere un ruolo centrale nel consentire la definizione delle priorità e l'incentivazione della promozione della salute sul luogo di lavoro.</p> <p><i>"Effect of a Workplace Wellness Program on Employee Health and Economic Outcomes A Randomized Clinical Trial"</i>, Zirui Song, MD, PhD; Katherine Baicker, PhD, JAMA. 2019;321(15):1491-1501. Studio randomizzato sull'effetto di un programma di benessere sul posto di lavoro multicomponente sulla salute e sui risultati economici. Ha coinvolto n. 32974 dipendenti presso una grande azienda di vendita al dettaglio di magazzini statunitensi (4037 dipendenti e messi a confronto con n.28.937 dipendenti di controllo che non hanno ricevuto alcun programma di sviluppo del benessere). Il programma comprendeva n. 8 moduli incentrati su nutrizione, attività fisica, riduzione dello stress e argomenti correlati implementati dai dietisti nei luoghi di lavoro.</p> <p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il programma di benessere sul posto di lavoro ha prodotto tassi significativamente più elevati di alcuni positivi comportamenti auto-segnalati inducenti ricadute positive sulla salute (allenamento regolare e gestione attiva del peso) tra i dipendenti esposti al programma di benessere rispetto ai dipendenti non esposti. - Non ci sono state differenze significative nelle misure cliniche di salute, spesa ed utilizzo dell'assistenza sanitaria e nei risultati sull'occupazione dopo 18 mesi. - Il programma non ha avuto effetti significativi su altri esiti. 27 esiti di salute auto-riportati e comportamenti (tra cui salute auto-segnalata, qualità del sonno e scelte alimentari), 10 clinici marcatori di salute (inclusi colesterolo, pressione sanguigna e indice di massa corporea), 38 spese farmaceutiche-mediche e 3 risultati occupazionali (assenteismo, mandato e prestazioni di lavoro). <p>Conclusioni:</p> <p>Questo studio presenta diversi limiti. Innanzitutto, sebbene la popolazione fosse diversificata, i risultati potrebbero non essere generalizzabili ad altri luoghi di lavoro o altre popolazioni. In secondo luogo, la capacità di rilevare gli effetti del trattamento erano limitati dal potere statistico. Lo studio è stato ulteriormente limitato dal turnover dei dipendenti. In terzo luogo, non tutti i dipendenti hanno fornito dati per ogni risultato. In quarto luogo, questo studio non è stato in grado di districare gli effetti di particolari elementi del programma benessere, né valutare gli effetti di un programma benessere diversamente configurato. Sebbene limitato da dati incompleti su alcuni risultati, questi risultati possono mitigare le aspettative riguardo al ritorno finanziario sul capitale investito che i programmi benessere possono offrire a breve termine.</p>
--

Tabella 1 - Tabella riepilogativa degli studi

zione secondaria per l'attivazione di interventi tempestivi nelle situazioni a rischio stress (20). In conclusione i risultati ottenuti nei vari ambiti di intervento possono essere così riepilogati:

- Minore assenteismo al lavoro, inferiore al benchmark nazionale della sanità privata; il raggiungimento di un maggior benessere e salute sul posto di lavoro ha permesso all'organizzazione di ottenere un -42% di tasso di assenteismo;
- Minori limitazioni del personale, risultato inferiore al benchmark nazionale della sanità;
- Minori malattie professionali, risultato inferiore al benchmark nazionale della sanità;
- Raggiungimento annuale del premio INAIL con sconto sul relativo importo del premio assicurativo; il beneficio che l'INAIL concede alle aziende con risparmio sul premio assicurativo rispetto a quelle attività che vengono implementate legate alla promozione della salute ha permesso all'organizzazione di ottenere un risparmio di circa 200.000 euro.

Tutto ciò ha permesso all'organizzazione di ottenere un ritorno sugli investimenti pari ad 8,6 volte l'investimento fatto e un risparmio di circa 12 milioni sui costi diretti. I ritorni

indiretti hanno riguardato i benefici su finanziamenti alla ricerca, i risparmi assicurativi, il rischio clinico, l'immagine aziendale, la fidelizzazione dei lavoratori ecc.

Discussione

La promozione della salute sul luogo di lavoro (WHP) attraverso il miglioramento dell'ambiente lavorativo, la presenza di lavoratori più sani e maggiormente motivati, induce vantaggi in termini di costi legati alle patologie, di incremento della produttività e della qualità dei prodotti e servizi; costituisce elemento di prestigio che potenzia l'immagine pubblica dell'azienda, che risulta anche più appetibile per il lavoratori, i quali intravedono la possibilità di una diminuzione dei rischi occupazionali, del miglioramento della salute e dell'appagamento sul lavoro e, quindi, nel complesso di un incremento della qualità della loro vita.

E' necessario che tutto ciò sia opportunamente misurato e quantificato per garantirne la sostenibilità e l'efficacia all'interno del conteso aziendale come abbiamo cercato di mettere in evidenza attraverso la letteratura analizzata ed il caso di studio riportato. Si rilevano anche vantaggi nelle attività collaterali in termini di capacità innovativa e di ricerca, con ricadute positive nella produzione scientifica dell'azienda e potenzialità di ritorno economico favorevole.

La WHP necessita del sostegno di tutti gli stakeholder, attraverso l'attuazione di opportune piattaforme che permettano lo scambio delle informazioni utili allo sviluppo di azioni concertate fra i diversi gruppi di interesse (aziende, partner sociali, organizzazioni governative e di assicurazione sociale). A tal riguardo l'ENWHP si rende promotrice di infrastrutture basate su network nazionali finalizzate alla diffusione di azioni e documenti capaci di sostenere adeguatamente l'evidenza delle benefiche ricadute economiche della WHP fra le aziende e gli enti di assicurazione.

Conclusioni

La promozione della salute nei luoghi di lavoro costituisce elemento fondamentale per lo sviluppo delle aziende sane, poiché ritorno economico e benessere del lavoratore risultano strettamente interconnessi; è, quindi, essenziale progettare e attuare iniziative finalizzate alla creazione di ambienti di lavoro favorevoli allo sviluppo del benessere e realizzare fattivamente la promozione della salute dei lavoratori. Questa consapevolezza si sta sempre più diffondendo, come testimoniato dalle iniziative legislative dell'Europa e dall'intensa attività delle varie istituzioni europee, con la necessità di implementare una competitività finalizzata all'ottimizzazione del rapporto costi-benefici degli investimenti sulla promozione della salute e con l'esigenza dello sviluppo della qualità totale nelle aziende (21).

In tempi di flessibilità e di insicurezza del lavoro l'obiettivo di sviluppare una forza lavoro

europea sostenibile risulta di grande rilevanza, anche alla luce della disomogeneità dello status dei lavoratori (per età, etnia, condizione familiare) e della tendenza, da parte delle organizzazioni assistenziali europee, a delegare ai datori di lavoro la responsabilità del benessere della forza lavoro.

La medicina tradizionale non ha la possibilità da sola di sostenere la sfida con le malattie croniche degenerative che individuano la loro genesi in cause multifattoriali, spesso riconducibili agli stili di vita e alle condizioni ambientali; l'incremento esponenziale della spesa sanitaria delle società industriali avanzate correlata alla crescita delle malattie croniche sta inducendo lo sviluppo di un nuovo approccio alle problematiche connesse con la salute, con il passaggio da una visione meccanicistica basata su un approccio di tipo deterministico a un'ottica di "ecologia totale" (22). La vita lavorativa rappresenta un'opportunità per l'attuazione di un invecchiamento attivo, poiché una sua buona qualità predispone alla prevenzione delle malattie collegate con deterioramento fisico e mentale, così come dimostrato da ricerche longitudinali in cui si rileva che la capacità lavorativa pre-pensionamento incide sull'autosufficienza nella vita quotidiana nella fascia di età compresa fra i 73 e gli 85 anni. Ne consegue che gli investimenti nell'attuazione dell'invecchiamento attivo devono essere realizzati in età lavorativa ed impegnarsi in sicurezza e salute sul posto di lavoro rappresenta un investimento anche per la restante parte della vita (23). Dovrebbe essere favorita la diffusione di una visione positiva della vita lavorativa attraverso l'individuazione delle soluzioni ai potenziali problemi intercorrenti nel corso del tempo. Come evidenziato da Aaron Antonovsky, sociologo fondatore della salutogenesi (24), i fattori capaci di condurre verso una visione positiva della salute sono la capacità di "attingere alle proprie risorse generali di resistenza e di rafforzare il senso di coerenza" (predisposizione nei confronti della vita, con capacità di comprenderla, attribuirle un significato e di individuare risorse in modo da promuovere la propria salute), poiché non saper sfidare la vita e le situazioni critiche può dar luogo alla malattia dell'individuo. Antonovsky sosteneva che è necessario considerare ciò che genera salute, anziché concentrarsi solo sui limiti e sulle cause della malattia; in tal modo si possono identificare soluzioni diverse e risorse per la salute (25). L'applicazione di una visione salutogenica al contesto lavorativo permetterebbe di "enfaticizzare i punti forza dell'uomo e non solo le sue debolezze, le capacità e non i limiti, il benessere e non la malattia" (26).

Bibliografia

1. L'economia del benessere. Conclusioni del Consiglio sull'economia del benessere. Bruxelles, 24 ottobre 2019 (doc. 13432/19).
2. Preparazione della sessione del Consiglio "Occupazione, politica sociale, salute e consumatori" del 9 dicembre 2019 Economia del benessere - prossime tappe per investire nella salute quale componente fondamentale. Dibattito orientativo, Bruxelles, 22 novembre 2019.
3. The Silver Economy An Overview of the European Commission's Activities. The First-Ever Global Silver Economy Forum Finland, 9-10 July 2019. P. 3 <https://silvereconomyforum.eu/wp-content/uploads/2019/07/Silver-Economy-Brochure.pdf>
4. Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee and the Committee of the Regions Safer and Healthier Work for All - Modernisation of the EU Occupational Safety and Health Legislation and Policy, Bruxelles, 2017. P. 10
5. Joanne O. Crawford, Davis A, Cowie H., Dixon K. The ageing workforce: implications for occupational safety and health. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2016. P. 6 <https://osha.europa.eu/en/publications/ageing-workforce-implications-occupational-safety-and-health-research-review/view>
6. Il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura dell'Istituto superiore di sanità, Malattie croniche Informazioni generali <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>
7. Joint Statement on "Improving the employment of people with chronic diseases in Europe", Framing paper. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf
8. Vargas Llave O, Vanderleyden J., Weber T. Working conditions. How to respond to chronic health problems in the workplace? European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019. P. 1 https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef19008en.pdf
9. The EU explained: Public health. Improving health for all EU citizens. The EU works to protect and improve the health of all Europeans throughout their lives. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2013. P. 4 https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_policies/docs/improving_health_for_all_eu_citizens_en.pdf
10. Vargas Llave O, Vanderleyden J, Weber T. Working conditions. How to respond to chronic health problems in the workplace? European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2019. P. 4-5-6 https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef19008en.pdf
11. Kelland K. Chronic disease to cost \$47 trillion by 2030: WEF. Reuters Health News September 18; 2011 <https://www.reuters.com/article/us-disease-chronic-costs/chronic-disease-to-cost-47-trillion-by-2030-wef-idUSTRE78H2IY20110918>
12. Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle. OECD/EU, Paris, OECD Publishing 2016. P.18-19. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016/the-labour-market-impacts-of-ill-health_health_glance_eur-2016-4-en;jsessionid=i0CgtqHDxLBiWjGutwuzu4P7.ip-10-240-5-17
13. Timmis A. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics. European Heart Journal 2020; 41: 12-85.
14. Zins M. In: Advances in Life Course Research. The French GAZEL Cohort Study: 20 years of epidemiologic research. December 2009; 14: 135-146. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1040260810000043>
15. Promoting healthy work for workers with chronic illness: A guide to good practice - European Net-

- work for Workplace Health Promotion (ENWHP). P. 21 https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/20/enwhp_guide_ph_work_final.pdf
16. Knoche K, Reinhold S, Kathleen H. Promuovere un ambiente di lavoro salutare per lavoratori con patologie croniche: una guida alle buone pratiche. European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 2012. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/20/enwhp_guide_ph_work_it_01.pdf
 17. Briziarelli L, Masanotti G. Una nuova Sicurezza del lavoro nell'Europa allargata. Riformare la sicurezza sociale sostenere lo sviluppo economico. Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute 2015; 59: 38.
 18. Talini D, Baldasseroni A. La Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro: sguardo storico, bilancio di esperienze, proposte e prospettive, 2019. https://retewhpfvg.files.wordpress.com/2019/07/baldasseroni_whp_2019.pdf
 19. Young Lee. Workplace Health and Its Impact on Human Capital: Seven Key Performance Indicators of Workplace Health. Open access peer-reviewed chapter, 2019. <https://www.intechopen.com/books/indoor-environment-and-health/workplace-health-and-its-impact-on-human-capital-seven-key-performance-indicators-of-workplace-health>
 20. Zaffina S et al. L'help point sanitario aziendale per la gestione del rischio stress lavoro-correlato nelle strutture sanitarie complesse. (2019) <http://www.abilitando.it/portfolio/irccs-ospedale-pediatico-bambino-gesu-help-point/>
 - 21.22. Zucconi A. La promozione della salute nei luoghi di lavoro. ISPESL – Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro IACP - Istituto Dell'approccio Centrato Sulla Persona e Network Europeo per la Promozione della Salute nei luoghi di Lavoro, Roma, 1999 P. 4
 23. Ilmarinen J. Promuovere l'invecchiamento attivo sul luogo di lavoro. Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul Lavoro, 2012. P. 8 <https://osha.europa.eu/it/publications/promoting-active-ageing-workplace>
 24. Antonovsky A. Health, Stress and Coping, San Francisco: ed. Jossey-Bass Publishers;1979.
 25. Lindstrom B, Eriksson M, Masanotti G. Salutogenesi – Una guida per promuovere la salute. Perugia: Cultura e Salute Editore Perugia; 2018. P. 17, 26
 26. Mittelmark M (citazione). In: Masanotti G (E.d.). Salutogenesi Una guida per promuovere la salute. Perugia, Cultura e Salute Editore Perugia, 2018. (The hitchhiker's guide to salutogenesis: salutogenic pathways to health promotion. Helsinki: Folkhalsan Research Center; 2010).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Fragilità e cronicità a Rieti: tra sisma e pandemia Covid19

Fragility and chronicity in Rieti: between the earthquake and the Covid19 pandemic

Giorgio Banchieri *, Assunta De Luca**, Mariella D’Innocenzo***, Pietro Manzi****

* *Segretario Nazionale ASQUAS, Associazione italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale, Docente DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed economiche, Università “Sapienza”, Roma*

** *Direttore Sanitario ASL Rieti*

*** *Direttore Generale ASL Rieti*

**** *Coordinatore Sanitario Piano della Cronicità ASL Rieti*

Parole chiave: fragilità, cronicità, percorsi assistenziali, pandemia, sisma

RIASSUNTO

Introduzione: fragilità e cronicità sono due aspetti di uno stesso problema di fondo: il bisogno di assistenza a lungo termine, che richiede attività continuative ed eterogenee, sanitarie e sociali, soprattutto di prossimità, per prevenire o rallentare l’evoluzione delle patologie ed aumentare la qualità della vita delle persone che ne sono affette, anche attraverso la modifica dei modelli culturali basati sulla medicina di iniziativa o di prossimità e sul coinvolgimento dei caregivers.

Obiettivi: la ASL di Rieti ha affrontato sin dal 2018 il duplice tema, dovendo superare la doppia sfida degli effetti del devastante sisma del 2016 e successivamente della pandemia da COVID19.

L’articolo descrive e sintetizza l’esperienza condotta sia come direzione strategica e manageriale, che di middle management, per fornire una indicazione concreta delle policy e degli strumenti per agevolare l’integrazione dei servizi sanitari e sociali nella provincia.

Metodi: partendo dalla revisione dei principali elementi della letteratura scientifica e dalla analisi demografica ed epidemiologica dei due Distretti Sanitari, si è proceduto alla rimodulazione dell’organizzazione sanitaria dei servizi territoriali e al rafforzamento dei rapporti tra ospedale e territorio.

Risultati: è stato aggiornato il Piano Aziendale Territoriale, nonché alcuni Percorsi Assistenziali e sono state istituite alcune strutture gestionali specificamente destinate alla governance del territorio, ovvero l’Osservatorio della Fragilità e della Cronicità, la Centrale per Integrazione Socio Sanitarie e la Centrale Operativa Aziendale.

Conclusioni: le emergenze che sono esplose nel territorio reatino, a partire dal sisma 2016, hanno accelerato la sperimentazione e il perfezionamento di modalità di lavoro in rete, che sono risultate necessarie per la gestione della complessità.

Keywords: fragility, chronicity, care pathways, pandemic, earthquake

SUMMARY

Introduction: fragility and chronicity are two aspects of the same underlying problem: the need for long-term assistance, which requires continuous and heterogeneous health and social activities, especially proximity activities, to prevent or slow down the evolution of diseases and increase the quality of the life of people affected by it, also through the modification of cultural models based on initiative or proximity medicine and on the involvement of caregivers.

Objectives: the ASL of Rieti has faced the double issue since 2018, having to overcome the double challenge of the effects of the devastating earthquake of 2016 and subsequently of the COVID19 pandemic.

The article describes and summarizes the experience conducted both as a strategic and managerial direction and as a middle management, to provide a concrete indication of the policies and tools to facilitate the integration of health and social services in the province.

Methods: starting from the review of the main elements of the scientific literature and from the demographic and epidemiological analysis of the two health districts, we proceeded with the remodeling of the health organization of local services and the strengthening of relations between hospital and territory.

Results: the Territorial Plan has been updated, as well as some Assistance Pathways and some management structures specifically intended for territorial governance have been established, namely the Observatory of Fragility and Chronicity, the Central for Social and Health Integration and the Central Operations Center.

Conclusions: the emergencies that exploded in the Rieti area, starting from the 2016 earthquake, accelerated the experimentation and improvement of networking methods, which were necessary for the management of complexity.

Introduzione

La ASL di Rieti presenta un contesto particolare rispetto a quello delle altre ASL della Regione Lazio. È la provincia più montuosa, con 68 Comuni, molti di piccole e piccolissime dimensioni in quanto a numero di abitanti. Ha la popolazione più anziana della Regione e anche l'incidenza maggiore delle patologie croniche e con ampi settori di fragilità sociale. Inoltre è stata con i Comuni di Accumoli e Amatrice l'epicentro del sisma che ha colpito le Regioni centrali del Paese nel loro tratto appenninico nel 2016. (1)

Questo ha comportato danni rilevanti alle strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio, imponendo una riflessione sui modelli di organizzazione dei servizi territoriali in una logica di prossimità, comunità, integrazione tra servizi sociosanitari della ASL e servizi sociali dei Comuni, nonché di appropriatezza delle cure, di continuità assistenziale e di gestione dei pazienti in particolare cronici e poli cronici in un approccio di presa in carico e di garanzie organizzative e professionali (2-4).

Fragilità e cronicità, dunque, oltre ad essere due condizioni contigue (5-6) (spesso la fragilità è una *proxy* della cronicità), sono aspetti dello stesso problema di fondo (7): il bisogno di assistenza a lungo termine, la cosiddetta *Long Term Care* (8-9) che richiede attività continuative ed eterogenee, soprattutto di prossimità, per prevenire e/o rallentare l'evoluzione delle patologie ed aumentare la qualità della vita delle persone che ne

sono affette, per garantire la sostenibilità e per migliorare la qualità dei servizi attraverso la loro riorganizzazione su modelli culturali basati sulla medicina di iniziativa e sulla riduzione della frammentazione dell'assistenza (10) che comprende sistema sanitario, sistema sociale, associazioni dei pazienti e i singoli cittadini con i loro *caregiver*, sempre più protagonisti dei percorsi di cura (11-12).

Il tema delle fragilità rappresenta significati e contenuti afferenti ad ambiti e *setting* diversi che ne connotano gli aspetti di trasversalità e di pluridimensionalità (12). Tali significati individuano anche la strategia necessaria (13-14). La trasversalità e la multidimensionalità costituiscono dunque il problema e al tempo stesso la soluzione, portando a individuare nelle cure integrate lo strumento utile per la produzione di benefici che non potrebbero pervenire con cure singole e/o parallele (15-16).

Alla luce della presenta pandemia di COVID19 sembra polarizzarsi sugli ospedali e in particolare sulle Unità di Terapia Intensiva (UTI) l'attenzione della opinione pubblica e dei professionisti come risposta principale all'impatto del virus sulla popolazione (17). Per altro il reatino con il livello di presenza di pazienti over 65 e l'alta concentrazione di RSA, ben 84, rispetto al resto della Regione, sembra rischiare di essere un facile terreno di cultura del virus .

In realtà la risposta alla pandemia si gioca sicuramente nelle UTI per i casi più gravi, ma la battaglia vera e propria è a livello delle pratiche di isolamento dei contagiati, della rottura delle catene di contagio, della prevenzione e del triage tramite le reti di cure primarie e intermedie non ospedaliere.

In base al dibattito e alle ricerche sul campo sulla natura e le modalità di trasmissione del COVID19 sembra che, fino al momento in cui avremo un vaccino o farmaci testati e somministrabili a livello di massa, dovremo necessariamente trovare le modalità più opportune per "*convivere*" con questo virus o altri successivi o derivati. Da tutto ciò discende che è necessario ripensare i modelli organizzativi e gestionali della sanità pubblica e "*accreditata*" sia per avere strutture e servizi dedicati ai pazienti COVID19 nei loro diversi bisogni di livelli di assistenza, sia per i pazienti acuti e per quelli cronici.

Questi diversi target dovranno avere percorsi "*differenziati*" e "*divisi*" con il massimo di garanzie di tutela della loro salute e organizzando i servizi in modo da ridurre al minimo possibile i loro livelli di rischio di contagio, senza penalizzare i pazienti acuti e cronici rispetto all'attuale centralità di quelli COVID19.

Il tutto sembra ovvio, ma in realtà comporta un grande processo di riorganizzazione e di trasformazione di scopi (missione) e di strategie (visione) dei servizi sia ospedalieri che territoriali con nuovi e più avanzati livelli di integrazione operativa.

Obiettivi

Presentare in modo esaustivo l'esperienza svolta dal management della ASL di Rieti (18)

sia in quanto direzione strategica aziendale, che in quanto middle management durante l'insorgenza della pandemia Covid19, "prima ondata" della pandemia, e nell'avvio della recrudescenza della pandemia con l'avvio della "seconda ondata", nonché a fronte dei bisogni specifici preesistenti della popolazione della provincia caratterizzata da un target di over 65 superiore alla media regionale, da presenze di patologie croniche e poli croniche significative e da un numero di RSA superiore ai bisogni della popolazione residente e quindi con un bacino di utenza regionale. Il tutto anche a fronte dei danni economici, sociali e strutturali subiti dall'area con il sisma del 2016, che ha raso al suo parte significativa delle strutture sanitarie sociosanitarie della provincia.

Presentare l'esperienza di governo aziendale e di governo clinico basato sull'applicazione di modelli di presa in carico, continuità delle cure, costruzione di PDTA specifici in un approccio di filiera assistenziale integrata, costruendo alleanza con gli stakeholder del territorio e gli altri soggetti delle filiere su obiettivi di salute della popolazione condivisi.

Gli obiettivi specifici della Asl di Rieti sono stati (18-21):

- Riqualificare la rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate nei Distretti aziendali, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016) e regionale, riorganizzando il sistema delle cure primarie e l'assistenza territoriale
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale – territorio
- Realizzare modelli di programmazione e gestione integrata delle cure.

Per l'area *territoriale colpita dal sisma*:

- Riprogettazione delle reti di cura e assistenziali nei territori colpiti dal sisma
- Miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle vecchie e nuove aree di bisogni di salute
- Analisi delle situazioni di fragilità collegate agli effetti psicologici e sanitari del sisma
- Presa in carico delle situazioni emergenti e collegamento con i principali percorsi sanitari aziendali
- Arricchimento dell'offerta sanitaria nei luoghi del sisma anche attraverso l'utilizzo della telemedicina
- Ricostruzione della rete di assistenza socio-sanitaria preesistente.

Per l'area dell'*integrazione sociosanitaria*:

- Adottare strumenti di programmazione integrata per la presa in carico e la risposta ai bisogni della popolazione (PDZ, PAT, accordi di programma)
- Sviluppare un sistema integrato con gli Ambiti Sociali dei Comuni per servizi socio-

sanitari alla persona con cronicità nella ASL di Rieti che valorizzino la partecipazione della società civile e garantiscano equità di accesso e di prestazioni

- sperimentazione del budget di salute.

Per l'area della *organizzazione dell'assistenza ospedaliera*:

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per la presa in carico della persone con cronicità
- Creazione di reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promozione dell'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

Ulteriori obiettivi generali da parte della ASL, comuni alle tre aree precedentemente indicate, sono:

- Sviluppo di modelli di programmazione, gestione e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza (Bassa, Media e Alta Complessità Assistenziale)
- Incremento di progetti di formazione dei team multi disciplinari
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica.

Metodi

Partendo dalla revisione dei principali elementi della letteratura scientifica e dalla analisi demografica ed epidemiologica dei due Distretti Sanitari, si è proceduto alla rimodulazione dell'organizzazione sanitaria dei servizi territoriali e al rafforzamento dei rapporti tra ospedale e territorio

a) I modelli di integrazione e continuità nella ASL di Rieti

I modelli di integrazione/continuità assistenziale della ASL hanno trovato la loro configurazione concettuale nel *Chronic Care Model* / *Expanded Chronic Care Model* (ECCM) e nel *Disease Management* e la traduzione operativa nella progettazione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) e reti assistenziali “*dedicati*” e “*dedicate*” strumenti, ad oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (equità, appropriatezza, efficacia, efficienza) (22).

Questo attraverso:

- La promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei PDTA tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliere, territoriali,

ambiti sociali ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc) che spingono verso approcci multi disciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli)

- Il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute attraverso il *self-care* ed il *self-management*
- *L'attivazione di processi di bench-marking e bench-learning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi
- La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri
- Il perseguimento di “*economie di scala*” grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

b) Evidenze scientifiche di sanità pubblica

Nell' ECCM (24), gli aspetti clinici (individuali) sono integrati da quelli di sanità pubblica, implementati dalla ASL di Rieti, basati su un approccio “verso” la popolazione quali:

- Prevenzione primaria collettiva
- Attenzione ai determinanti della salute;
- Gli *outcome* non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l'intera popolazione.

Il modello ECCM più utilizzato è quello derivato da Kaiser Permanente (KP) (23-28), si fonda infatti su un sistema di stratificazione dei bisogni assistenziali modulato sulla complessità della persona assistita che consente di individuare per ciascun livello le figure coinvolte nel processo assistenziale.

Il bisogno assistenziale è stratificato su diversi livelli:

- *Assenza di rischio*: popolazione sana e quella esposta al rischio gestibile mediante attività di promozione della salute e di prevenzione primaria
- *Livello di rischio basso*: bisogno di assistenza sanitaria relativamente basso per una condizione di cronicità facilmente controllabile fornito dal team di professionisti dell'assistenza primaria.
- *Livello di rischio medio*: bisogno di assistenza più complesso per condizioni cliniche non perfettamente compensate e stabili in cui necessita un supporto strutturato attraverso una gestione specifica della patologia.
- *Livello di rischio alto*: bisogni complessi che richiedono un utilizzo intensivo di assistenza secondaria non pianificata ed una gestione attiva attraverso un case manager.
- *Livello cosiddetto di “fase terminale”*: bisogni complessi ricompresi nell'ambito delle cure di fine vita.

La gestione delle malattie croniche riguarda essenzialmente i tre Livelli Basso, Medio, Alto (vedi Figura 1).

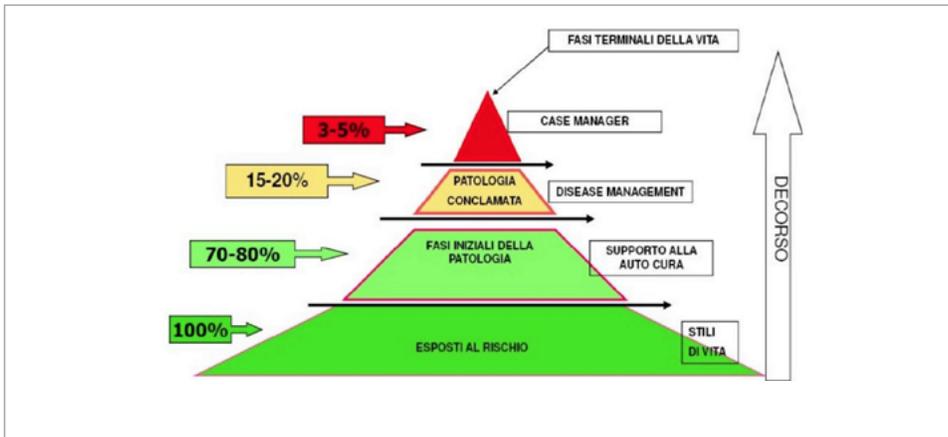


Figura 1 - La stratificazione della popolazione della provincia di Rieti in una logica di disease management

c) Evidenze demografiche ed epidemiologiche

Gli indici demografici e di struttura della popolazione della Provincia di Rieti mostrano un quadro sostanzialmente in linea con l'andamento nazionale, ma con valori superiori a quelli regionali (29-34).

In generale, la provincia di Rieti:

- È al 25° posto su 107 province per età media
- È al 21° posto su 107 province per indice di vecchiaia
- È al 91° posto su 107 province per % di residenti con meno di 15 anni
- È al 27° posto su 107 province per % di residenti con più di 64 anni.

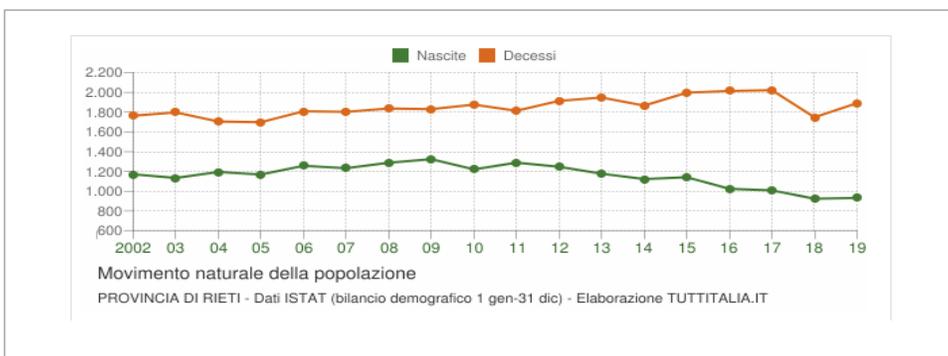


Grafico 1 - Saldo naturale della popolazione nella provincia di Rieti 2002-2019

Anno	Data rilevamento	Popolazione residente	Variazione assoluta	Variazione percentuale	Numero Famiglie	Media componenti per famiglia
2012	1 gennaio-31 dicembre	1.247	-42	1.914	+100	-667
2013	1 gennaio-31 dicembre	1.177	-70	1.948	+34	-771
2014	1 gennaio-31 dicembre	1.123	-54	1.866	-82	-743
2015	1 gennaio-31 dicembre	1.141	+18	1.997	+131	-856
2016	1 gennaio-31 dicembre	1.024	-117	2.014	+17	-990
2017	1 gennaio-31 dicembre	1.008	-16	2.022	+8	-1.014
2018	1 gennaio-31 dicembre	924	-84	1.748	-274	-824
2019	1 gennaio-31 dicembre	932	+8	1.891	+143	-959

(*) bilancio demografico pre-censimento 2011 (dal 1 gennaio al 8 ottobre)
 (†) bilancio demografico post-censimento 2011 (dal 9 ottobre al 31 dicembre)
 (‡) bilancio demografico 2011 (dal 1 gennaio al 31 dicembre). È la somma delle due righe precedenti.

Tabella 1 - Andamento popolazione provincia di Rieti 2012-2019

La tabella 1 presenta una analisi induttiva circa la distribuzione delle principali patologie croniche nella popolazione residente presso la ASL di Rieti in base agli indici di prevalenza delle patologie croniche (Fonte ISTAT) calcolate a popolazione costante sulla popolazione residente a Rieti e provincia.

Applicando l'algoritmo della "piramide del rischio" sui pazienti del target di patologia considerato abbiamo una suddivisione per livelli di complessità assistenziale (Tabella 2), che sono stimabili in:

- Bassa Complessità Assistenziale dal 70% all'80%
- Media Complessità Assistenziale dal 15% al 20%
- Alta Complessità Assistenziale dal 3% al 5% (vedi Tabella 3).

Il Dipartimento di Epidemiologia del Lazio "DEP Lazio" ha inviato alle ASL della Regione i dati "grezzi" della fragilità/cronicità in base ai consumi di diagnostica, specialistica e farmaceutica per territori di riferimento e popolazione residente. Tali dati sono resi accessibili dal Dipartimento di Epidemiologia sullo specifico sito della Regione Lazio.

In sede ASL questi dati sono stati elaborati in base a "filtri" per patologie per ricostruire i target di popolazione per patologie croniche prevalenti e ricostruire le relative piramidi di rischio della popolazione considerata.

Questa è l'attività prioritaria affidata all'Osservatorio Fragilità e Cronicità della ASL di Rieti, come di seguito specificato.

d) Le scelte programmatiche e verso la cronicità e la fragilità

La ASL ha attivato una riorganizzazione dei servizi per cronicità e fragilità nei territori di sua competenza attraverso l'assunzione nel 2018 di un "Piano delle cronicità", in corso di aggiornamento nel 2020, e la redazione di PDTA, Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali, per pazienti cronici e acuti (BPCO, Diabete, Scempenso cardiaco, Artrite

Patologie croniche	% Italia	Maschi Rieti	Cronici	% Italia	Femmine Rieti	Cronici	Totale Rieti
Diabete	5,3	77.648	412	4,8	79.780	383	794
Ipertensione	17,1	77.648	1.328	18,9	79.780	1.508	2.836
Infarto miocardio	2,8	77.648	217	0,8	79.780	64	281
Angina pectoris e altre	4,7	77.648	365	5,4	79.780	431	796
Ictus, emorragia cerebrale	1,6	77.648	124	1,6	79.780	128	252
Bronchite cronica, enfisema	4	77.648	311	3,5	79.780	279	590
Asma	4,3	77.648	334	4,2	79.780	335	669
Malattie della Tiroide	1,9	77.648	148	10	79.780	798	945
Artrosi artrite	11,8	77.648	916	23	79.780	1.835	2.751
Osteoporosi	1,6	77.648	124	11,2	79.780	894	1.018
Tumore (incluso linfoma e leucemia)	1,8	77.648	140	2,2	79.780	176	315
Tumore maligno in passato	1,8	77.648	140	3,8	79.780	303	443
Parkinsonismo	0,5	77.648	39	0,4	79.780	32	71
Alzheimer, demenze senili	0,8	77.648	62	1,5	79.780	120	182
Depressione e ansia	2,8	77.648	217	6,2	79.780	495	712
Disturbi comportamento alimentare	2,7	77.648	210	3,2	79.780	255	465
Disturbi dello Spettro Autistico	3,5	77.648	272	3,5	79.780	279	551
Insufficienza renale	1,8	77.648	140	1,1	79.780	88	228
Celiachia	0,6	77.648	47	0,5	79.780	40	86
Totale pazienti cronici stimati			5.544			8.441	13.985

Tabella 2 - Stima incidenza patologie croniche nazionali x 1.000 abitanti su popolazione Rieti, dati ISTAT 2017 prevalenza delle singole patologie a costanza di popolazione

Livelli di Complessità Assistenziale	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
Bassa Complessità Assistenziale	3.881	4.435	5.909	6.753
Media Complessità Assistenziale	832	1.109	1.266	1.688
Alta Complessità Assistenziale	166	277	253	422

Tabella 3 - Distribuzione dei pazienti cronici stimati in provincia di Rieti per livelli di complessità assistenziale, vedi modello Kaiser Permanente.

reumatoide, Allergie pediatriche, Pazienti oncologici, Donne che hanno subito violenze). Gli obiettivi strategici della ASL di Rieti (disabilità- cronicità - non autosufficienza) sono relativi a:

- Riduzione della ospedalizzazione
- Promozione della permanenza a domicilio
- Sostegno ai nuclei familiari nelle responsabilità di cura
- Promozione dell'autonomia e di una vita indipendente
- Accessibilità ai servizi territoriali
- Promozione di interventi a programmazione individuale e autogestita
- Sviluppo della continuità assistenziale
- Sviluppo del Piano per le cronicità.

Al fine di realizzare gli obiettivi suddetti, sulla base delle indicazioni regionali e in linea con i modelli organizzativi (ECCM-KP ed Innovative ECCM), sopra richiamati, previsti per la cronicità nel PNC e nel DCA regionale specifico, l'Azienda di Rieti ha sviluppato i seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza di prossimità
- Infermiere di comunità
- Assistente sociale di comunità
- Equipe multi specialistiche ospedale-territorio anche itineranti.

I Percorsi clinici e di assistenza (PDTA e percorsi integrati) sono gli strumenti necessari al supporto del processo di cambiamento e di sviluppo organizzativo aziendale.

Quanto sopra in presenza della pandemia Covid19 comporta una attenzione particolare a “disegnare” gli obiettivi strategici della ASL rendendoli sostenibili anche a fronte della priorità Covid19 con attenta allocazione di risorse professionali e tecnologiche e rivedendo procedure e percorsi di cura in modo da dare garanzie di qualità e sicurezza agli operatori sanitari e sociali e ai pazienti (35-38).

e) Azioni organizzative

Le principali azioni organizzative sono state:

1. Riorganizzazione/accorpamento dei Distretti sociosanitari
2. Redazione di ulteriori PDTA per portatori di Disturbi del Comportamento Alimentare, di Obesità e DAI
3. Progettazione e implementazione della COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione tra Servizi Sociosanitari della ASL e Sociali dei Comuni
4. Progettazione e implementazione di un Osservatorio su Fragilità e Cronicità
5. Approvazione del Piano Aziendale Territoriale per l'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale

6. Realizzazione di una COA, Centrale Operativa Aziendale.

1 - La A.S.L. di Rieti così come ridisegnata dall'ultimo Atto Aziendale del 2016, è costituita da due Distretti Sociosanitari:

- Distretto n. 1 - Rieti, Antrodoco, S. Elpidio, nato dalla fusione dei tre ex Distretti Sanitari, n.1 Montepiano Reatino, n.4 Salto-Cicolano e n.5 Alto-Velino, ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 96.211 abitanti (61% circa della popolazione provinciale)
- Distretto n. 2 - Salario, Mirtense, comprende i due ex Distretti Sanitari, n.2- Mirtense e n.3-Salario, e ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 62.256 abitanti (39% circa della popolazione provinciale).

Al Distretto la ASL affida una funzione di committenza/tutela nel sistema delle Cure Primarie, e tramite il Distretto implementa un'organizzazione adeguata (tra MMG/PLS, medici specialisti, infermieri, altre figure professionali) e sviluppa una progettualità prevedendo percorsi dedicati ai pazienti più complessi (ambulatori per follow-up attivo, day service ambulatoriale, etc), ed anche una diversa organizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione anche della cronicità.

2 - la ASL si è dotata di PDTA per pazienti cronici e acuti BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco, Artrite reumatoide, Allergie pediatriche, Pazienti oncologici, Donne che hanno subito violenze), nonché i PDTA per portatori di Disturbi del Comportamento Alimentare, di Obesità e DAI e per pazienti Oncologici.

I PDTA hanno definito al loro interno sia le procedure di “presa in carico” (il profilo di patologia come “soglia” di reclutamento dei singoli pazienti) sia le condizioni della “continuità assistenziale” tra reparti ospedalieri, reti di cure primarie, residenze e semi residenze e strutture intermedie. Inoltre sono state definite le condizioni per garantire la “continuità relazionale” (rapporto operatori sanitari e sociali con singolo paziente), la “continuità assistenziale” (rapporto tra setting diversi per singolo paziente) e la “continuità informativa” sul singolo paziente reclutato. Infine con la definizione di set di indicatori organizzativi, di processo e di esito e con il loro inserimento tra gli obiettivi di budget per singola UUOO coinvolta nei PDTA stessi si collegano strumenti di governance clinica con quello di *governance organizzativa ed economico finanziaria* in un approccio sistemico e integrato di gestione aziendale.

Tutti i PDTA sono in via di implementazione all'interno della organizzazione della ASL di Rieti. Una volta a regime saranno oggetto di audit organizzativi e clinici periodici sia per implementarne la redazione stessa che le prassi assistenziali connesse.

3 - la COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione Socio Sanitaria, è una articolazione

“funzionale” della ASL di Rieti che coordina le seguenti articolazioni aziendali già definite dalla Direzione Generale della ASL con proprie delibere specifiche:

1. Cabina di Regia per la gestione e il monitoraggio dei PUA
2. Ufficio sociosanitario della ASL
3. Coordinamento Centrali Operative ADI (CAD) presso i Distretti socio sanitari della ASL
4. Coordinamento Aree Interne: Servizi di prossimità e Farmacie di Comunità
5. Cabina di Regia per la gestione dei PDTA per pazienti cronici
6. Coordinamento cronicità nelle età evolutive
7. Coordinamento cronicità e percorsi integrati in età evolutiva
8. Osservatorio sulla popolazione fragile e cronica.

I compiti attribuiti alla COISS sono:

- Coordinamento delle suddette articolazioni aziendali con modalità “funzionale”
- Analisi dei bisogni della popolazione per target di popolazione omogenei per profili di patologia, per mono o poli cronicità, per livelli di complessità assistenziale (piramidi di rischio specifiche), nonché in base alla estrazione di dati per profili di consumi sanitari, socio sanitari e sociali dall’Anagrafe Sanitaria (SOGEI) relativa alla Regione Lazio e alla Provincia di Rieti
- Pianificazione, progettazione e implementazione delle reti sociosanitarie della ASL in integrazione con le reti di servizi sociali degli Ambiti territoriali della Provincia di Rieti in rapporto con la Direzione Generale aziendale
- Progettazione, gestione implementazione di nuovi modelli di servizi di prossimità in ambito sociosanitario e sociale
- Progettazione integrata a supporto delle attività delle articolazioni aziendali e degli Ambiti Territoriali suddetti su fonti di finanziamento UE, nazionali e regionali
- Pianificazione delle attività delle suddette articolazioni aziendali in rapporto con la Direzione Generale della ASL, con le Direzioni dei Distretti Socio sanitari aziendali e con le Direzioni degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Progettazione, gestione, implementazione di data repository della ASL e degli Ambiti Territoriali sui flussi informativi rivenienti dalle attività svolte dalle reti sociosanitarie e sociali
- Progettazione, gestione e implementazione dei rilevazioni periodiche della offerta di servizi sociosanitari e sociali da parte della ASL, degli Ambiti Territoriali, da soggetti terzi del terzo Settore, del Volontariato, della Cooperazione Sociale, dell’Associazione dei malati (realizzazione e aggiornamento periodico del backup PUA)
- Censimento e data repository dei progetti a valenza sanitaria e sociale che intervengono a vario titolo sul territorio della Provincia di Rieti nell’ambito di programmi di finanziamento UE, Nazionale e regionali con relativa banca dati e verifica degli stati di avanzamento degli stessi

- Progettazione e gestione di procedure integrate di monitoraggio attivo e in progress delle performance e delle evidenze delle reti socio sanitarie della ASL e delle reti di servizi sociali degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Monitoraggio, valutazione e controllo delle attività svolte dalle reti socio sanitarie della ASL e dalle reti di servizi sociali degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Reportistica alla Direzione Generale aziendale, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari della ASL e degli Ambiti Territoriali, agli stakeholder territoriali, nonché ai soggetti del Terzo Settore, del Volontariato e della Cooperazione Sociale sulle attività suddette.

Quanto sopra in coerenza anche con gli obiettivi del Programma “*Obiettivi di Piano*” della Regione Lazio.

4 - *l'Osservatorio Fragilità e Cronicità* della ASL ha i seguenti obiettivi:

- Individuare gli obiettivi significativi e gli standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità professionali, i risultati attesi presenti negli atti di policy sanitaria e sociale nel Reatino, assunti da Regione Lazio, ASL e Enti Locali e loro Ambiti Territoriali.

Costruire un database strutturato provinciale e per Ambiti Territoriali, incrociando le fonti dati esistenti e tramite eventuali analisi a campione su target sensibili della popolazione del Reatino, per fornire un quadro di sintesi di:

- Analisi dei bisogni della popolazione sanitari e sociali e loro trend di sviluppo
- Mappatura delle offerte di servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti negli Ambiti Territoriali e dei loro contenuti assistenziali
- Analisi dei volumi di prestazioni erogate nel Reatino dai soggetti erogatori sanitari, sociosanitari e sociali
- Analisi dei progetti a valenza socio sanitaria e sociale in essere nel Reatino, finanziati da fonti Unione Europea, Ministeri, Regione Lazio e Enti locali
- Svolgere, partendo da quanto sopra indicato, analisi di tendenze e proiezioni epidemiologiche, economiche, demografiche, sociali per sostenere politiche attive di prevenzione e di prossimità
- Raccogliere letteratura, buone pratiche, evidenze sul tema dell'integrazione fra i servizi alla persona preposti alla tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità
- Analizzare i sistemi di classificazione delle strutture/servizi individuati sulla base delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e dei servizi e delle prestazioni da loro erogabili
- Svolgere, come derivata di quanto sopra, una analisi di contesto nel Reatino sulle filiere assistenziali osservate individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandati, attori e utenti

- Analizzare i diversi modelli di reti di assistenza sanitaria, socio assistenziale e sociale, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento, le migliori pratiche di riferimento pro tempore nelle filiere assistenziali osservate
- Supportare con dati e studi di specie la sperimentazione di nuove modalità di organizzazione e erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali nel Reatino
- Validare e diffondere i nuovi modelli organizzativi e gestionali dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali come da obiettivi strategici della Regione Lazio.

I materiali raccolti e le elaborazioni conseguenti vengono proposti alle Istituzioni, agli Enti, alle Organizzazioni, alle Aziende pubbliche e private, sociali e no profit, alle Associazioni che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, utilizzo e la valutazione dei propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, buone pratiche validate, nomenclatori, e glossari.

5 - *il PAT, Piano Aziendale Territoriale*, ha come obiettivo generale la garanzia della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, seppure con modalità organizzative alternative e con la necessaria flessibilità e modularità dettate dall'attuale scenario sanitario.

Il Piano Aziendale Territoriale è volto a tutelare gli specifici bisogni sanitari e sociosanitari degli assistiti e garantire le necessarie misure di sicurezza indicando, per alcuni ambiti assistenziali e laddove opportuno, anche le possibili prestazioni erogabili in presenza del paziente o da remoto, tenendo conto dei profili di bisogno degli utenti. Ad oggi, i servizi sanitari e sociosanitari sono chiamati a gestire l'impatto della riapertura delle attività a favore dei cittadini da loro assistiti, che presentano caratteristiche di fragilità, disabilità e non autosufficienza, ivi incluse le persone con disturbo mentale, con disturbo da abuso di sostanze e/o *addiction* e le persone seguite dai servizi dei consultori che, nel precedente periodo hanno visto ridefinito e rimodulato i loro piani assistenziali, anche con il ricorso a nuove modalità di erogazione delle prestazioni, utilizzando strumenti di ICT.

I servizi territoriali della ASL prevedono modalità organizzative flessibili e modulabili anche per quanto riguarda le risorse impegnate, tenendo in considerazione l'evoluzione della curva epidemiologica in un arco temporale non definibile a priori.

6 - *il COA, Centrale Operativa Aziendale*, fa riferimento al Piano Regionale che individua come strumenti rivolti a favorire la continuità assistenziale le "Centrali Operative (aziendali e sovra aziendali), la revisione delle funzioni del Bed Manager, e il "percorso assistenziale integrato" dotato di un sistema informatico.

Le Centrali Operative costituiscono un volano proattivo per il cambiamento organizzativo dell'integrazione Ospedale-Territorio secondo un modello che prevede due livelli, *Centrale Aziendale (COA) e Centrale Regionale Acuzie-Post-Acuzie (COR-APA)*, coordinati tra loro secondo criteri condivisi e percorsi strutturati.

L'obiettivo di questa modalità organizzativa è garantire la continuità del percorso di cura con le seguenti finalità:

- Equità di accesso con la definizione di una lista d'attesa unica
- Priorità definite secondo la complessità clinica
- Strumenti di valutazione omogenei
- Utilizzo del setting assistenziale più appropriato
- Maggiore tempestività nei cambi di setting
- Ottimizzazione delle risorse nei diversi setting assistenziale.

Le Centrali Operative sono strutture funzionali gestite da un team di figure professionali con diverse competenze, sanitarie e sociali, coordinate e attive secondo un programma organizzativo definito a livello aziendale e sovra-aziendale, dotate della tecnologia necessaria a gestire le piattaforme informatiche.

Inoltre sono stati inseriti con contratti a termine decine di giovani professionisti Assistenti Sociali e Psicologi Sociali per rinforzare l'organico di servizi di *front end* sia nell'Ospedale "De Lellis" di Rieti che in tutte le strutture intermedie e nei servizi territoriali.

Attivando fondi per le Aree Interne sono stati predisposti progetti per reti di prossimità istituendo le figure dell'"Infermiere di Comunità", della "Ostetrica di Comunità" e della "Farmacia di Servizi" da sperimentare nelle aree interessate dal sisma, ma dà poi generalizzare in tutto il reatino.

f) Sanità digitale nella "governance" della cronicità

La *Telemedicina* in permanenza della pandemia Covid19 è un utile supporto per garantire un rapporto equo e appropriato verso i pazienti a domicilio, garantendo sicurezza ai pazienti e agli operatori sanitari e sociali.

Le azioni che la ASL sta sviluppando relative alla sanità digitale sono:

1. *Telemedicina Specialistica*: come varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.
2. *Teleassistenza*: caratterizzata dalla presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi ed ha quindi un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.
3. *Telesoccorso e emergenza urgenza*: nell'attuale contesto pandemico sono supporti fondamentali per seguire da remoto, con il supporto di eventuali case *giver*, pazienti Covid19 o in quarantena da assistere a domicilio con possibilità di monitoraggio h24 dei loro parametri vitali tarati su quelli osservati su pazienti Covid19 in modo da atti-

vare un sistema di “*allert*”. Tali supporti, oltre a consentire di trattare in tempo reale i pazienti in osservazione, consente anche di ottimizzare l’uso del personale disponibile finalizzandone gli interventi sui casi veramente critici.

La ASL di Rieti sta operando il collegamento tra la rete informatica dei Medici di Medicina Generale e il cruscotto direzionale aziendale che consentirà alla COISS (Centrale Operativa per l’Integrazione Socio Sanitaria) (2) di incrociare le informazioni essenziali dei pazienti con le prescrizioni specialistiche e la ricetta elettronica ottenendo un realistico accorciamento delle distanze (Figura 2).

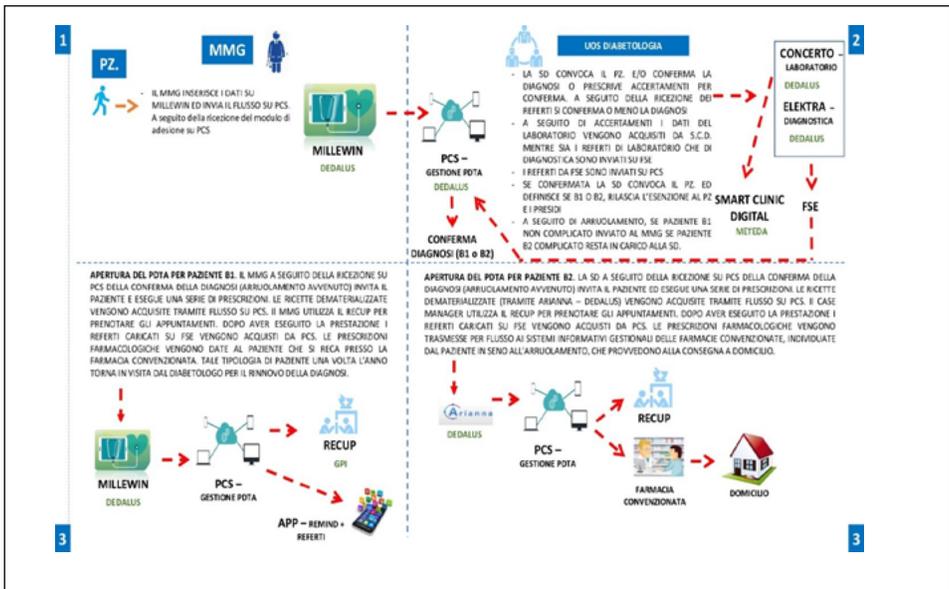


Figura 2 – Algoritmo del modello di sanità digitale della ASL di Rieti

Conclusioni

La rivisitazione della *governance* aziendale del sistema sanitario reatino (ma il discorso è estensibile a tutti) non è solo un fattore opportuno in questo momento, ma dirimente rispetto a questioni annose incardinate in strutture inclini al mantenimento di procedure consolidate, ma poco efficaci rispetto ai bisogni di salute di una popolazione con alta presenza di elementi di fragilità e cronicità.

Se la missione di una azienda cambia nel tempo in quanto legata alla produzione di servizi legati ai bisogni di salute della popolazione, che sono sempre in divenire, ciò che deve evolvere sono anche i valori e le visioni, sempre più legati alla persona, che diviene il fulcro centrale (*patient centered*) su cui ruota la riorganizzazione dei servizi sanitari e

sociali e la qualità della vita in una prospettiva psico-socio-economica.

Proprio le emergenze che sono esplose nel territorio reatino, a partire dal sisma 2016, e che hanno avuto forte impatto sui cittadini e coinvolto tutti gli attori della nostra comunità, hanno, nella destabilizzazione generale, accelerato la sperimentazione e il perfezionamento di prassi di lavoro in rete che sono risultate necessarie per la gestione della complessità e per ritrovare gli equilibri necessari a far fronte alle molteplici esigenze.

La ASL di Rieti è di fatto un laboratorio *in divenire* di modelli organizzativi, politiche, procedure e strumenti per implementare le attività di presa in carico, continuità assistenziale verso i pazienti fragili e cronici in una ottica di filiere assistenziali e di integrazione ospedale territorio e di alleanze con gli altri erogatori terzi su obiettivi di salute della popolazione assistita.

Bibliografia

1. ASL Rieti - COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione socio sanitario, Asl di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione.
2. Ramsey A, Fulop N. The Evidence Base for Integrated Care. King's Patient Safety and Service. London: Quality Research Centre; 2008.
3. Ricciardi W, Specchia L. Il malato complesso: possibili modelli di management, Milano: Istituto di Sanita Pubblica, Universita Cattolica del Sacro cuore; 2013.
4. European Commission A compilation of good practices. European Innovation Partnership on active and healthy ageing. Replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level; 2013.
5. Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease selfmanagement program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med. Care* 1999; 37:(5-14).
6. Banchieri G. a cura di e Autore, Raccomandazione SIQuAS su "Requisiti di qualita nell'integrazione tra sanita e sociale". Milano: Franco Angeli Editore; 2013.
7. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N. Engl. J. Med* 2007; 357: 181-190. doi:10.1056/NEJMSr065990.
8. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int. J. Integr. Care* 2005; 5. doi:10.5334/ijic.134.
9. Banchieri G, D'Innocenzo M. Fragilita e Cronicita: policy e strumenti nella Asl di Rieti. Roma: COM srl Editore; 2020.
10. Busse R., Blumel M., Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. Geneve: WHO Regional Office Europe; 2010.
11. Al-Abri, R. Managing change in healthcare. *Oman Med. J.* 2007; 22, 9-10.
12. ASL Rieti - PDTA pazienti cronici della ASL di Rieti, Delibera n, 265 del 22.03.2019.
13. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev.* 2015; 4, 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1.
14. Light D, Dixon M, Making the NHS more like Kaiser Permanente *BMJ* 2004; 328:763
15. Ovretveit, J, Hansson J, Brommels M. An integrated health and social care organization Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system *Health Policy* 2010;

- Oct;97(2-3):113-21.
16. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?, in *Eff. Clin. Pract. ECP* 1998; 1: 2-4.
 17. Banchieri G, Mariantoni S. Ripensare i servizi in una ipotesi di convivenza con pandemie virali. *Quotidiano Sanita*, 31 marzo 2020.
 18. ASL Rieti - COA, Centrale Operativa Aziendale, Asl di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione;
 19. ASL Rieti - Piano Cronicità Asl di Rieti 2020, Determina 11 del 14.01.2019;
 20. ASL Rieti - Osservatorio Fragilità e Cronicità della ASL di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione;
 21. ASL Rieti - PAT, Piano Aziendale Territoriale, Protocollo n. 65004 del 15.10.2020;
 22. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77-110, iv-v.
 23. Hutchinson SL, Lauckner H, Recreation and collaboration within the Expanded Chronic Care Model: working towards social transformation, *Health Promotion International*, 2020; 35(6)1531-1542 <https://doi.org/10.1093/heapro/daz134>
 24. Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR., Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage. Rev.* 1994; 19: 7-20.
 25. Browne G, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Kertyzia J, Loney P. Conceptualizing and validating the human services integration measure. *Int. J. Integr. Care* 2004; 4. doi:10.5334/ijic.98.
 26. Wang BB, Wan TTH, Clement J, Begun J. Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance, in *Health Care Manag. Sci.* 2001; 4: 181-191. doi:10.1023/A:1011492731396.
 27. Simoens S, Scott A. Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Serv. Manage. Res.* 2005; 18: 25-40. doi:10.1258/0951484053051951.
 28. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002a; 288: 1909-1914.
 29. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS., London: Nuffield Trust; 2011.
 30. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. (2002), Prevalence, expenditures, and complications of multiplex chronic conditions in the elderly. *Arch. Intern. Med.* 2002; 162: 2269-2276.
 31. Bonatti, M.L. La gestione della cronicità nel setting della Medicina Generale. Servizio Sanitario Nazionale, Regione Abruzzo; 2012.
 32. W.H. O(2008), Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report, World Health; 2008.
 33. Ministero Salute - Piano Nazionale Cronicità, Ministero Sanita, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
 34. Regione Lazio - Linee Guida Regione Lazio per Piano Cronicità, DCA U00046_08:02_2018;
 35. Banchieri G. et al Ospedali di Comunità, Case della Salute, cure primarie: esperienze regionali e confronti. Perugia: Jollie Editore; 2019.
 36. Banchieri G. et al. Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari. Perugia: COM Editore; 2018.
 37. Banchieri G, Dal Maso M. Per la Fase 2 non basta osservare le curve epidemiologiche, servono analisi costi/benefici. *Quotidiano Sanita*, 29 aprile 2020.
 38. Banchieri G, Vannucci A. Dalla pandemia Covid-19 nuovi modelli di assistenza, di appropriatezza e di accreditamento. *Quotidiano Sanita*, 16 aprile 2020.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Ripensare la promozione della salute a scuola nell'emergenza Covid-19. Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti

*Rethinking health school promotion during the covid-19 emergency
Fact-finding survey on critical issues and needs expressed by teachers*

Giada Fioretti*, Sonia Bacci**, Elisa Marceddu*** e Marco Cristofori****

* *Psicologa-Psicoterapeuta, S.S.D. Sorveglianza e Promozione della Salute, USL Umbria 2*

** *P.O. Sorveglianza e Promozione della Salute, USL Umbria 2*

*** *Psicologa-Psicoterapeuta, Centro Regionale per la Salute Globale*

**** *Resp. S.S.D. Sorveglianza e Promozione della Salute USL Umbria 2, Direttore Centro Regionale per la Salute Globale*

Parole chiave: promozione della salute, didattica a distanza, life skills, approccio comunitario

RIASSUNTO

Obiettivi: comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa delle attività di promozione della salute a scuola, in seguito all'emergenza Covid-19 e all'avvio della didattica a distanza.

Metodi: l'indagine ha coinvolto un campione di insegnanti della Regione Umbria di tutti i cicli scolastici, attraverso un questionario autosomministrato elaborato ad hoc, da compilare online.

Sono state analizzate le distribuzioni della frequenza delle diverse risposte e, per le informazioni generali, sono state realizzate una serie di associazioni volte a descrivere meglio il gruppo dei partecipanti. Le risposte alla domanda aperta sono state codificate seguendo un metodo induttivo e i dati classificati secondo il metodo della long table analysis.

Risultati: la maggior parte degli insegnanti è riuscito a mantenere la continuità nella frequenza scolastica per tutti o almeno tre quarti degli alunni. Le problematiche connesse alle tecnologie si confermano un importante fattore di dispersione scolastica. L'uso di internet, non solo nei suoi rischi ma anche e soprattutto nelle sue potenzialità, viene riportato come un elemento da sviluppare. Indagando le life skills utilizzate maggiormente durante l'emergenza, per gli insegnanti si evidenziano con forza quelle relazionali e negli alunni la capacità di gestire le emozioni. È emersa la necessità di includere gli altri attori (famiglie, colleghi, comunità) alle iniziative di Promozione della Salute, nonché un bisogno di informazioni, sia sulle iniziative di supporto e Promozione della Salute del territorio, sia sull'emergenza Covid-19.

Conclusioni: si conferma il ruolo centrale del potenziamento delle life skills, riproposte come competenze

Autore per corrispondenza: marco.cristofori@uslumbria2.it

su cui lavorare anche nel futuro. L'emergenza sanitaria sembra aver stimolato nei docenti la consapevolezza della necessità di un approccio comunitario e intersettoriale nelle attività di Promozione della Salute, nonché la centralità dei determinanti sociali della salute. Inoltre, si conferma la necessità di mantenere salda la relazione Scuola-Sanità per garantire formazione, confronto e facilitazione nei processi di Promozione della Salute.

Keywords: health promotion, distance learning, life skills, community approach

SUMMARY

Objectives: study how to continue health promotion activities at school, during the Covid-19 emergency and distance learning.

Methods: the survey involved a sample of teachers from all school cycles in Umbria and used a self-administered questionnaire, to be completed online.

The frequency distributions of data were analyzed. Data sets for general information were made to describe the group of participants. The answers to the open item were coded following an inductive method and the data were classified using the long table analysis method.

Results: Most teachers managed to maintain continuity in school attendance for all or at least three quarters of the students. The problems connected with technologies are confirmed as an important factor in leaving school early. The use of internet results as an important tool should be developed relative to both its risks and its potential. The life skills investigation revealed that strong relational skills and the ability to manage student emotions were used most during the emergency. Teachers recognized the importance of including other actors (families, colleagues, communities) in Health Promotion initiatives, and also reported that they need more information about support and health promotion initiatives and about the Covid-19 emergency.

Conclusions: life skills are confirmed as central competences to support students in the future. This health emergency seems to have stimulated teachers' awareness regarding the community and the intersectoral approach in health promotion activities, as well as the centrality of social determinants of health.

Furthermore, teachers confirmed the importance of maintaining good relationships between School and Health services and, to guarantee training, comparison and facilitation in Health Promotion processes.

Introduzione

Il programma di promozione della salute "Impariamo a resistere", incluso nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 prorogato al 2019 (1), prevede progetti da sviluppare nelle scuole mirati a supportare il processo di crescita e sviluppo della persona, sostenendo i momenti di transizione e le fasi di maggior impegno emotivo e relazionale, in una logica di continuità verticale nei vari ordini scolastici. Gli interventi mirano alla diffusione di metodologie riconosciute in ambito internazionale, dalla scuola dell'infanzia fino alle secondarie di secondo grado, valorizzando il ruolo insostituibile degli insegnanti quali adulti di riferimento che affiancano il bambino/ragazzo nella quotidianità del suo percorso. Il programma è attuato attraverso le Reti di Promozione della Salute delle due Aziende Sanitarie Locali in quasi tutti gli Istituti scolastici e si articola in tre Progetti: "Pensiamo positivo", "Unplugged", e "YAPS – Young And Peer School Education", basati su metodologie diverse a seconda dell'età dei destinatari finali.

Le tre metodologie utilizzate, l'educazione socio affettiva per la primaria e infanzia (2), il modello dell'influenza sociale per la secondaria di primo grado (3), la peer education per la secondaria di secondo grado (4), sono tre vie che convergono per accompagnare i cittadini più giovani nelle scelte di salute, di stili di vita sani, con un bagaglio ben nutrito di abilità cognitive e psicosociali, le Life Skills. Tutti i progetti considerati nel Programma vedono nello sviluppo delle competenze sociali o Life Skills un aspetto fondamentale per la Promozione della Salute nelle scuole e le evidenze (5; 6; 7; 8) indicano la Life Skills Education come uno dei modelli di intervento della promozione che ha ricevuto negli ultimi anni il maggior numero di validazioni con effetti positivi, sia a breve che a lungo termine.

I modelli teorici di riferimento per la progettazione e realizzazione dei Progetti sono riconducibili al Project Cycle Management – PCM (9), con un particolare riferimento al modello PRECEDE/PROCEED di Green (10) per la parte di analisi di contesto locale. Il Programma “Impariamo a resistere” prevede la partecipazione dei professionisti della Scuola e della Sanità a percorsi formativi congiunti, costruiti e condivisi a livello regionale, al fine di facilitare gli insegnanti e i peer educator nel realizzare le attività in classe e assicurare continuità e sostenibilità ai processi di Promozione della Salute.

Anche per l'anno scolastico 2019/2020 la formazione è stata avviata nei primi mesi di scuola e al momento del lockdown non era ancora terminata. I progetti prevedono, infatti, una prima fase di formazione residenziale rivolta ai docenti (e ai peer per il progetto YAPS) e delle supervisioni in itinere per facilitare la realizzazione delle attività in classe a cura degli insegnanti e dei peer educator.

L'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid-19 e il suo impatto sulle istituzioni scolastiche (DAD, distanziamento) impongono, ad oggi, di immaginare un ripensamento delle attività di promozione della salute a scuola, relativamente alle modalità di organizzazione ed erogazione per questo nuovo anno scolastico.

Gli insegnanti, adulti di riferimento che affiancano il bambino/ragazzo nella quotidianità del suo percorso, sono gli interlocutori fondamentali di questa riprogettazione: le loro sensazioni ed impressioni, anche scaturite dalle esperienze di didattica a distanza, costituiscono un contributo indispensabile per dare continuità, sia pure in un mutato ed incerto contesto di riferimento, alle azioni di Promozione della Salute.

Alla luce di tali premesse, si è deciso, a giugno, di proporre un questionario anonimo agli insegnanti coinvolti nei tre Progetti in tutta la Regione con l'obiettivo sia di comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa, sia di cogliere spunti e suggerimenti per avviare le attività del successivo anno scolastico. La distribuzione geografica degli insegnanti partecipanti e la rappresentanza dei diversi ordini e gradi di Scuola forniscono importanti informazioni in merito a quanto avvenuto durante l'emergenza ed ai bisogni nati a seguito di essa.

Metodo

Partecipanti: sono stati invitati a partecipare n. 471 insegnanti (n. 285 della AUSL Umbria 2 e n. 186 della AUSL Umbria 1), tutti quelli arruolati per la formazione 2019-2020 prevista dai Progetti di Promozione della Salute in tutto il territorio Regionale, ed hanno risposto 243 insegnanti. Il gruppo di partecipanti rappresenta un campione di convenienza su base volontaria, utile per leggere il contesto regionale della Scuola nell'emergenza e coinvolgere gli insegnanti in un processo di riprogrammazione delle attività. Si tratta, quindi, di un campione funzionale allo scopo principale dell'indagine, soprattutto qualitativa, per una rapida raccolta di ciò che si è provato e sperimentato sul campo in questo periodo di emergenza, una sorta di traccia che permetta a tutti di esprimersi sia sull'esperienza didattica vissuta che sui bisogni futuri.

Gli insegnanti afferiscono ai vari cicli scolastici: scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di primo grado e secondaria di secondo grado.

Strumenti: per l'indagine è stato utilizzato un questionario ad hoc costruito a seguito di un confronto tra gli operatori della Rete Regionale di Promozione della Salute delle due Aziende, AUSL Umbria 1 e AUSL Umbria 2, ed i referenti della Regione Umbria e pre-testato.

Il questionario è costituito da 8 domande a risposta multipla e 1 domanda aperta che vanno ad indagare le seguenti aree:

- Informazioni generali: genere, fascia d'età, tipologia di inquadramento contrattuale (di ruolo/non di ruolo), ordine e grado scolastico della Scuola in cui si insegna.
- Considerazioni rispetto all'emergenza sanitaria nel lock down della prima ondata epidemica: mantenimento della frequenza nella continuità scolastica da parte degli alunni, fattori che hanno condizionato la partecipazione di alcuni studenti alla Didattica a Distanza (DAD), percezione delle risorse personali messe in campo durante l'emergenza e di quelle mostrate dagli alunni;
- Considerazioni rispetto alla progettazione degli interventi di Promozione della Salute per la ripresa scolastica: attività che potrebbero aiutare gli insegnanti, abilità e competenze da potenziare negli alunni, temi di Salute da affrontare, risorse da coinvolgere, suggerimenti personali.

In particolare, il testo della domanda aperta finale è il seguente: "In vista di una programmazione partecipata degli interventi da attuare nel prossimo anno scolastico 2020-2021, come pensa possano essere riorganizzate le attività di Promozione della salute?".

Il questionario è stato somministrato online tramite Modulo Google a seguito di invio di una mail a tutti i docenti coinvolti con il link per la compilazione. I docenti hanno avuto 14 giorni per rispondere.

Analisi dei dati

Si è proceduto ad un'analisi delle distribuzioni di frequenza delle diverse risposte. In particolare, le informazioni generali sono state utilizzate per una serie di associazioni volte a descrivere meglio il fenomeno indagato.

Per quel che riguarda la domanda aperta presente nel questionario, le risposte sono state codificate seguendo un metodo induttivo. I dati sono stati classificati secondo il metodo della *long table analysis* di Krueger (11), in questa occasione online. Sono state definite delle specifiche categorie sulla base dell'attenta lettura dei dati testuali e delle ricorrenze di parole e contenuti. Sulla base di queste categorie sono state classificate tutte le informazioni, costruendo una griglia di codifica su file excel. La griglia si è evoluta dinamicamente, di pari passo con la codifica delle trascrizioni. In questo modo, attraverso il confronto continuo tra gli operatori che revisionavano trascrizione per trascrizione tutte le tematiche emerse, si è potuto verificare il raggiungimento della saturazione dell'informazione. Una volta effettuata la prima codifica, sono state individuate delle macro aree ed inseriti in esse tutti i dati precedentemente raccolti.

È stato infine costruito un modello descrittivo e interpretativo utilizzando una mappa mentale, riportata nella sezione dedicata ai Risultati. La grandezza del testo nella mappa varia a seconda della numerosità delle categorie rappresentate; una categoria molto rappresentata ha un font più grande di una categoria poco rappresentata.

A causa delle restrizioni dovute all'emergenza Covid-19, tutto il lavoro è stato svolto online, con file condivisi e videochiamate tra gli operatori. Questa modalità di lavoro ha richiesto più tempo ed è risultata più faticosa rispetto al lavoro su carta previsto dal metodo, poiché l'uso del file invece dello spazio fisico consente una minore dinamicità e flessibilità in fase di costruzione della categoria. Ha, però, permesso di avere un materiale più ordinato nella fase di costruzione della mappa mentale e anche più facile da gestire per operatori che lavorano da sedi diverse.

Risultati

a) Prima area d'indagine: *Informazioni generali*

Hanno risposto al questionario 243 docenti, di cui il 91,8% femmine e l'8,2% maschi, distribuiti secondo le seguenti tre classi d'età: 20-35 anni (4%), 36-50 anni (49%), >50 anni (47%).

Novi insegnanti su dieci, rispetto al proprio inquadramento contrattuale, riferiscono di essere di ruolo, l'89% femmine e 72% maschi. L'essere di ruolo aumenta progressivamente con l'età. Le scuole più rappresentate sono le secondarie di primo grado (35,5%), seguono le scuole primarie (29,4%), le secondarie di secondo grado (26,5%) e le meno rappresentate sono le scuole dell'infanzia (8,6%).

b) Seconda area d'indagine: *Considerazioni rispetto all'emergenza sanitaria attuale*

Un primo tema indagato in questa area è stato quello della continuità nella frequenza scolastica tramite la seguente domanda: "Considerando il totale dei suoi alunni, quanti di essi hanno mantenuto la continuità nella frequenza scolastica durante l'emergenza Coronavirus tramite la Didattica a Distanza?".

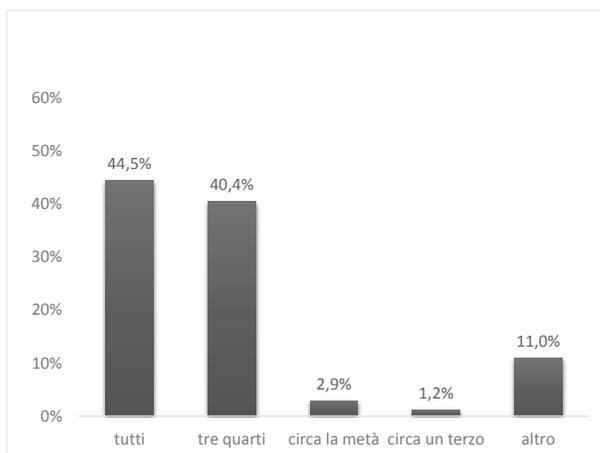


Grafico n.1 - Continuità della frequenza a distanza

Nella maggior parte dei casi, la continuità della frequenza scolastica è stata mantenuta da tutti (44,5%) o da almeno tre quarti degli alunni (40,4%). Solo in pochi casi si è mantenuto il contatto con circa la metà (2,9%) o circa un terzo (1,2%).

La continuità nella frequenza scolastica per tutti o almeno tre quarti degli alunni viene riportata prevalentemente dagli insegnanti della Scuola primaria e secondaria di primo grado (entrambi al 100%). La percentuale diminuisce di poco nelle secondarie di secondo grado (93,2%), mentre è più marcata nelle scuole dell'infanzia (73,7%) dove si possono ipotizzare delle criticità specifiche che spieghino questo dato. Data l'età dei bambini (3-5 anni), la DAD non può che rappresentare uno stimolo iniziale volto ad attivare esperienze ludiche di tipo motorio, sensoriale, percettivo, comunicativo, espressivo, per la realizzazione delle quali è fondamentale la mediazione adulta-genitoriale.

A completamento della domanda precedente, è stato chiesto agli insegnanti di indicare quali siano stati, secondo la loro esperienza, i fattori che hanno impedito o ridotto la partecipazione degli alunni alla DAD, scegliendo tra una serie di alternative. La maggior parte delle risposte si è centrata su questioni tecniche, come la presenza di problemi di connessione ad internet (70%) e problemi con la dotazione informatica (32%). Molti insegnanti, quindi, sono riusciti a mantenere la routine scolastica nonostante le oggettive

difficoltà tecnologiche, anche se tali fattori risultano, anche nella presente indagine, come il primo motivo di dispersione scolastica durante l'emergenza. Il gap digitale è un elemento di criticità per molta parte della società, incluse le famiglie che hanno dovuto far fronte alla DAD con gli strumenti e le capacità in loro possesso (12). Gli insegnanti hanno anche individuato alcune difficoltà di supporto familiare (50%) alla DAD. Il successo dell'esperienza scolastica durante l'emergenza appare, quindi, fortemente connesso alla sinergia tra insegnanti, alunni e famiglie.

Seguono, nella distribuzione delle alternative, aspetti più operativi legati all'organizzazione del lavoro da parte degli insegnanti, ovvero difficoltà nel trovare modalità didattiche alternative (6%) e difficoltà nel definire tempi che consentano la partecipazione (3%). Sembra, quindi, che gli insegnanti abbiano messo in campo una buona capacità nel reagire, attivarsi e adattarsi al mutare delle condizioni di contesto.

Inoltre un altro punto critico evidenziato è quello legato a possibili interferenze dei familiari (4%) durante l'attività a distanza. Per il commento di tale dato, si rimanda a quanto affermato poco sopra rispetto al ruolo delle famiglie.

Le due domande successive sono relative alle competenze messe in atto, secondo la percezione degli insegnanti, da sé stessi e dagli alunni per fronteggiare l'emergenza.

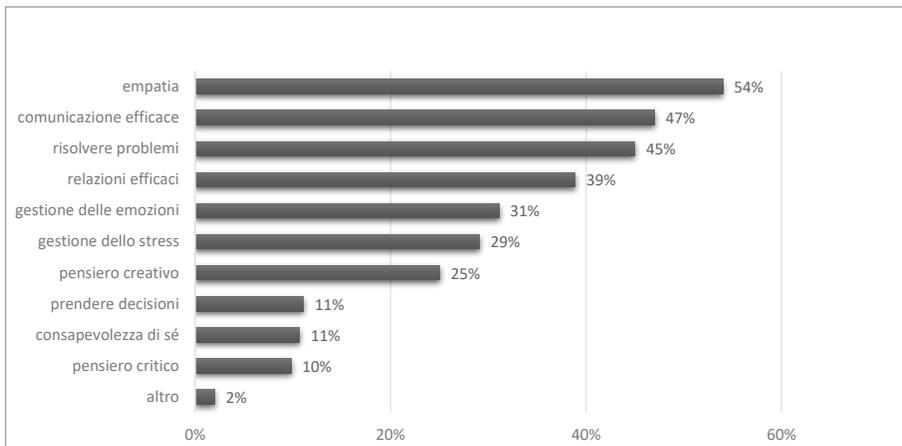


Grafico n. 2 - Risorse personali messe in campo per fronteggiare l'emergenza

Considerando la distinzione delle Competenze Sociali (Life Skills) in Emotive (autoconsapevolezza, gestione delle emozioni, gestione dello stress, autostima), Relazionali (empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci, autonomia) e Cognitive (risolvere i problemi, prendere decisioni, senso critico, creatività) (5), tra le più indicate come competenze messe in atto dagli insegnanti emergono le Competenze Relazionali empatia

(54%), comunicazione efficace (47%), relazioni efficaci (39%) e tra le Competenze Cognitive il risolvere problemi (45%). Seguono le competenze Emotive e le restanti competenze Cognitive proposte.

Si evidenzia una polarizzazione prevalente delle risposte nell'area delle Competenze Relazionali. Si potrebbe ipotizzare, per questo dato, che l'importanza del rapporto tra studente e docente, in parte compensato dall'utilizzo della DAD, abbia mantenuto il suo ruolo centrale. Anche in questa dimensione a distanza, l'aspetto relazionale sembra sia stato posto come base della relazione educativa da parte degli insegnanti.

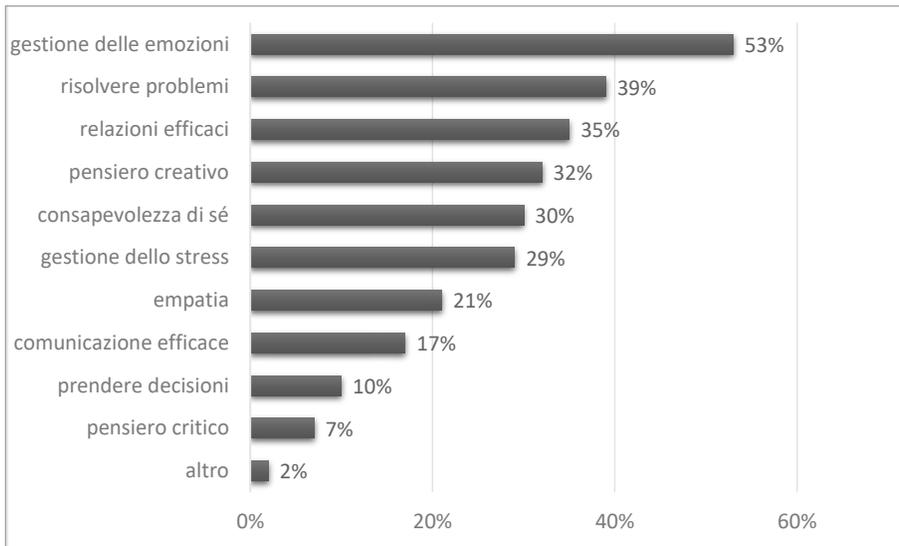


Grafico n.3 - Competenze mostrate dagli alunni nell'affrontare l'emergenza

Per quanto riguarda le competenze che, secondo gli insegnanti, hanno mostrato gli alunni nell'affrontare l'emergenza, la maggior parte dei partecipanti riferisce competenze relative innanzitutto all'area emotiva come la gestione delle emozioni (53%), il risolvere problemi (39%), afferente all'area cognitiva, e le relazioni efficaci (35%) dell'area relazionale. Queste prime tre life skills sembrano mostrare una certa integrazione tra le diverse Competenze Sociali rilevate dagli insegnanti nei ragazzi, aspetto questo che si coniuga con la definizione stessa di promozione dello sviluppo delle Competenze Sociali, intesa come sviluppo di abilità che integrano gli affetti con il pensiero e l'azione nell'affrontare le sfide della vita (8). Seguono pensiero creativo, consapevolezza di sé, gestione dello stress e le altre. Da un primo impatto, gli alunni sembrano aver mostrato un atteggiamento piuttosto resiliente nel fronteggiare l'emergenza.

c) Terza area d'indagine: *Considerazioni rispetto alla progettazione degli interventi di Promozione della Salute per il prossimo anno scolastico*

Quest'ultima area si pone come momento di riflessione conclusivo per proporre degli spunti concreti ed operativi per le attività di Promozione della Salute alla ripresa della scuola.

La prima domanda si centra sul supporto agli insegnanti, proponendo una serie di alternative.

Molto presente l'area di informazione con le alternative "Più informazioni su iniziative di supporto e Promozione della Salute presenti sul territorio" (28%) e "Più informazioni sull'emergenza Covid" (28%), entrambe con lo stesso valore. Considerando le competenze che gli insegnanti hanno riferito di aver messo in campo durante l'emergenza, più spostate sul versante relazionale, appare coerente la richiesta di momenti di maggiore attenzione alle dimensioni cognitive di conoscenza ed informazione; potrebbero rappresentare la base per l'applicazione delle proprie capacità di prendere decisioni, creatività e pensiero critico, tra le meno rappresentate nella risposta alla domanda sulle risorse personali messe in campo, ed essere di aiuto nel gestire l'emergenza. La necessità di più informazioni su iniziative di supporto e Promozione della Salute va nella direzione di connettere il mondo della Scuola con l'esterno, di cercare altre agenzie che collaborino al mandato educativo, ancor più nel momento in cui l'organizzazione è sottoposta a improvvisi e impensati cambiamenti a causa dell'emergenza sanitaria. Il fare rete in contrapposizione alla necessità di distanziamento fisico emerge anche nell'analisi qualitativa della domanda aperta.

Quasi alla pari con le precedenti alternative, si trova l'uso di uno strumento base dell'educazione socio affettiva, ovvero il tempo del cerchio (27%) e l'attività di peer education (22%) che riportano ad una dimensione diversa da quella proposta dalla DAD. Si tratta di attività centrate sull'incontro tra insegnanti ed alunni (tema che emerge fortemente anche nell'analisi qualitativa a cui si rimanda), fondate sulla comunicazione, sull'espressione di sé, sull'inclusione e l'ascolto reciproco, sul soddisfare sia il proprio bisogno di appartenenza che di individualità. In questo modo si facilita la cooperazione fra tutti i membri del gruppo-classe e del gruppo-scuola e si favorisce la presa di coscienza del ruolo che ciascun elemento del gruppo può assumere, delle conseguenze delle singole azioni. Pertanto, si sviluppa maggiore consapevolezza della responsabilità delle proprie scelte. Ritorna la centralità della relazione insegnante-alunno all'interno della quale si esplica la funzione educativa della Scuola.

A tali considerazioni si aggiungono ulteriori elementi grazie alla domanda successiva che intende indagare quali abilità e competenze sarebbe necessario potenziare negli alunni per affrontare meglio il prossimo futuro.

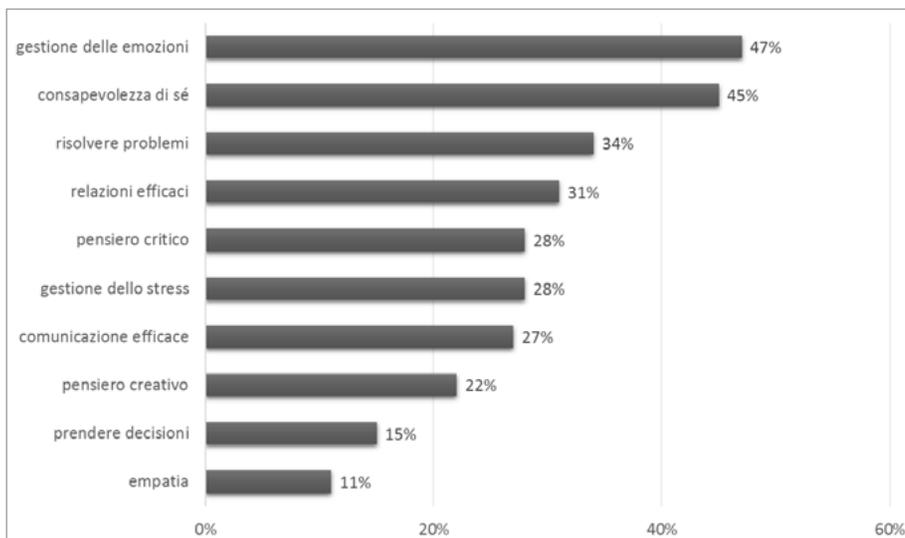


Grafico n.4 - Abilità e competenze che sarebbe necessario potenziare negli alunni per affrontare meglio il prossimo futuro

Le alternative maggiormente indicate, ovvero gestione delle emozioni (47%), consapevolezza di sé (45%), risolvere i problemi (34%) e relazioni efficaci (31%), sono sovrapponibili, ad eccezione della consapevolezza di sé, a quelle già messe in campo dagli alunni come rilevato nella domanda specifica. Tale aspetto mostra una certa contraddittorietà, poiché, se la gestione delle emozioni si manifesta come prima scelta tra le competenze mostrate dagli alunni, risulta poco chiaro il fatto che venga indicata come prima competenza da potenziare. In ogni caso, la gestione emotiva è un elemento che si connette al tema dell'emergenza ed al fatto che in tale contesto possa essere utile continuare a lavorare sulla gestione dell'emotività, dell'ansia, della paura, e sulle capacità di problem solving e di relazione. Anche le altre competenze iniziali e quelle che seguono, attestandosi tra le posizioni centrali nella distribuzione di frequenza (pensiero critico 28% e la gestione dello stress 28%), evocano la dimensione dell'emergenza.

Una riflessione a parte si può fare per la consapevolezza di sé, al secondo posto tra le competenze da potenziare (45%). È tra quelle maggiormente messe in campo dagli alunni (30% secondo i docenti), e invece penultima, per quanto riguarda quelle messe in atto dagli insegnanti (11%). L'autoconsapevolezza rappresenta il riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Svilupparla può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace,

per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri, per gestire l'emotività.

Alla luce di tali considerazioni, l'autoconsapevolezza può rappresentare un elemento chiave sia per gli insegnanti che per gli alunni e un'importante area di sviluppo per i mesi futuri, anche alla luce del fatto che richiede, per sua natura, la capacità di fermarsi per attivare un'osservazione critica di sé. Durante i periodi di maggior sovraccarico emotivo tali capacità sono compromesse e si dà più spazio all'azione, al gestire, al risolvere i problemi. È possibile che questo meccanismo abbia condizionato le risposte degli insegnanti e che, nei mesi che verranno, si potranno attivare più spazi per la riflessione. Nella domanda successiva, si va ad indagare quali temi di salute siano percepiti come prioritari dagli insegnanti coinvolti nelle attività di Promozione della Salute, secondo una serie di alternative proposte.

Al primo posto viene indicato l'uso di internet, tema prioritario per 6 insegnanti su 10 (61%). Sicuramente la DAD e l'esposizione massiccia al web vissute da bambini e ragazzi, ma anche dagli insegnanti stessi, hanno reso questo un tema che necessita approfondimento. Accanto all'annoso problema dell'uso massiccio della tecnologia da parte dei bambini/ragazzi, sono comunque emerse alcune potenzialità finora inesplorate (DAD per approfondimenti pomeridiani, maggiore o differente utilizzo con bambini e ragazzi con bisogni educativi speciali). Inoltre, la Scuola nel suo insieme, ma anche ogni insegnante individualmente, ha dovuto fare i conti con le proprie capacità di gestire la tecnologia, non solo in termini di dotazione, strumentazione, rete, ma anche di confidenza nell'utilizzo, atteggiamento, stereotipi. Lavoro questo che ha comportato un grande sforzo organizzativo e anche personale.

I due temi seguenti, gestione delle emozioni (52%) e senso di comunità (48%), appaiono anch'essi come connessi all'emergenza, vissuta con una riscoperta importante della dimensione comunitaria della funzione educativa della Scuola.

Sulle posizioni successive nella distribuzione si collocano i temi connessi alla sana alimentazione (42%), attività fisica (29%) ed espressione e consapevolezza corporea (23%). Chiudono i temi relativi alle dipendenze (consumo di alcol 12%, sostanze illegali 11%, fumo di tabacco 9%, gioco d'azzardo 3%), considerati, forse, non prioritari nel momento di emergenza. In questa fase, ragionando in termini di figura/sfondo, sono andati sullo sfondo i comportamenti a rischio (fumo, alcol, sostanze) ma sono emerse in maniera preponderante, in figura, le skills che sottendono, gli stessi comportamenti finiti sullo "sfondo". Spostare l'attenzione dai comportamenti a rischio ai prerequisiti che li governano ha rappresentato una necessità più evidente nella fase di emergenza, riportando in primo piano anche i determinanti sociali della salute.

Ulteriori considerazioni e suggerimenti sui temi da trattare sono emersi dall'analisi qualitativa della domanda aperta del questionario e verranno presentati nella sezione dedicata.

L'ultima domanda chiusa si è centrata sulla riflessione rispetto alle risorse da coinvolgere maggiormente per supportare al meglio la prosecuzione delle attività di Promozione della Salute.

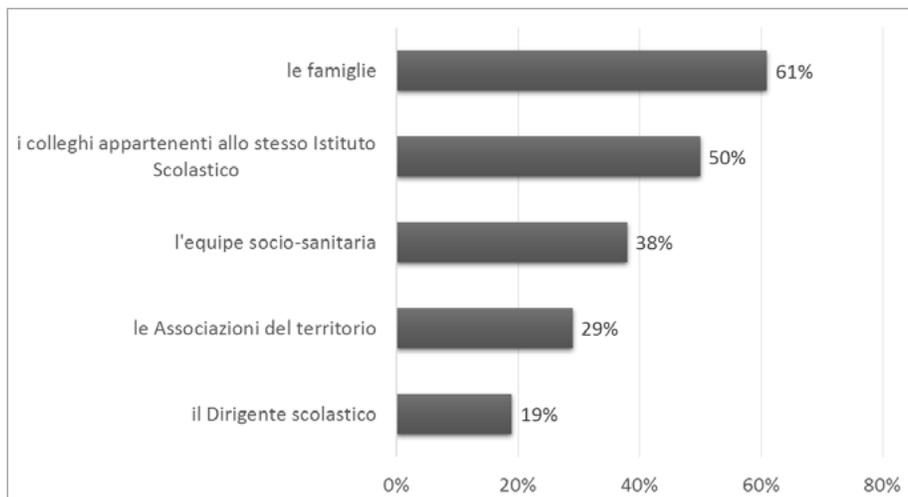


Grafico n. 5 - Risorse da coinvolgere maggiormente per supportare al meglio le attività di promozione della salute per il prossimo a.s. 2020/2021

Al primo posto viene indicato come fondamentale il coinvolgimento delle famiglie (61%), elemento da cui non si può più prescindere nel pensare alle iniziative di Promozione della Salute. Viene, poi, riportata l'importanza di coinvolgere i colleghi appartenenti allo stesso Istituto Scolastico (50%), e dell'equipe socio-sanitaria (38%). Questi dati emergono e vengono ulteriormente confermati e chiariti dall'analisi qualitativa della domanda aperta a cui si rimanda. Segnalata, seppur in misura minore, l'importanza di coinvolgere le Associazioni del territorio (29%) e la Dirigenza scolastica (19%).

In ultimo, è stata proposta la seguente domanda aperta: "In vista di una programmazione partecipata degli interventi da attuare nel prossimo anno scolastico 2020-2021, come pensa possano essere riorganizzate le attività di Promozione della Salute?"

Di seguito le aree tematiche emerse a seguito dell'analisi qualitativa effettuata:

1. Suggestimenti operativi

Questa è l'area tematica maggiormente rappresentata, che contiene le idee, le indicazioni, i dubbi che riguardano l'operatività dei progetti per il prossimo anno. Moltissimi dati testuali, come prevedibile, si riferiscono a *come* incontrarsi, con una prevalenza

di indicazioni per proseguire in presenza, *“Attraverso attività in presenza che rendano possibile il distanziamento, attività anche pratiche all'esterno, collettive e pubbliche”*, e anche molte richieste di farlo a distanza, *“Viste le tante incertezze sulla ripresa, si potrebbe iniziare a progettare anche qualche attività a distanza, per non lasciare eventualmente soli i ragazzi”*. Questa dicotomia riflette tutta l'incertezza sull'organizzazione del prossimo futuro a Scuola, ma anche, forse, l'ambivalenza rispetto al desiderio di riprendere le attività in presenza e contemporaneamente dover fronteggiare i rischi di contagio connessi al Covid-19, tema già presente negli incontri di supervisione.

Altre indicazioni hanno a che fare con la gestione dei tempi, che abbiamo chiamato Timing dei progetti. Sono contenuti i testi che riportano l'esigenza di rimodulare i tempi, *“riuscire a creare piccoli pezzetti di attività da 15 minuti da incastonare più facilmente e regolarmente nel ridotto orario scolastico”*, o propongono le attività pomeridiane, *“Proporrei dei laboratori pomeridiani anche in modalità on line, con attività interattive che consentano comunque una partecipazione diretta degli alunni e un coinvolgimento a 360°”*, o ancora fanno riferimento alla necessità di programmare, di cadenzare le attività, *“L'intervento dovrebbe essere programmato all'inizio dell'anno, calendarizzato quindi a Settembre, meglio ancora se prima dell'arrivo a scuola dei bambini”*.

2. Suggestioni metodologiche

Molte risposte riguardano la metodologia dei tre progetti. Accanto a numerose conferme, *“Questi interventi sono molto funzionali perché sono in presenza e sperimentali, quindi credo la soluzione migliore sia utilizzare le stesse modalità”*, vengono individuate diverse traiettorie da percorrere: una maggiore integrazione nelle attività didattiche, *“Credo che tali attività debbano essere correlate e integrate alla progettazione curricolare”*, e un maggior coinvolgimento delle famiglie, *“Con nuovi incontri pensati anche per le famiglie e per tutti i colleghi”*.

Anche la comunità emerge in maniera significativa, con un richiamo alla necessità della progettazione partecipata, *“attraverso una partecipazione attiva di vari componenti, quali: studenti, colleghi appartenenti allo stesso Istituto Scolastico, famiglie, equipe socio-sanitarie e associazioni del territorio”*, e della partecipazione anche nella fase di realizzazione, *“Organizzazione incontri scuola - enti del territorio”*. La promozione del senso di comunità era emersa anche dai dati quantitativi, a cui si rimanda, come tema per lo sviluppo delle attività.

Vi sono poi diversi riferimenti ad aspetti metodologici che sono già previsti dai progetti, *“Alla luce dell'esperienza fatta, ritengo che sarebbe auspicabile avere la possibilità di interventi di supervisione ai laboratori avviati in classe”*. Li abbiamo chiamati misunderstanding; sarà interessante tra operatori ragionare sui motivi di questi fraintendimenti.

3. La Scuola

In quest'area sono stati raggruppati i dati testuali che rimandano a dimensioni di ruolo della Scuola, intesa sia come Istituzione, con proprie regole, che come luogo comunitario. Nell'area Istituzione vengono segnalati, come snodi cruciali, la rivisitazione della didattica, *“l'argomento principale potrebbe essere: ricercare e sperimentare modalità interattive di insegnamento-apprendimento tramite device, sperimentarle per poter effettuare una valutazione sulla loro applicabilità e replicabilità”*, e l'organizzazione interna, *“Visti i cambiamenti e le incertezze del prossimo anno (spazi, dad, tempi etc) è indispensabile sensibilizzare i dirigenti affinché consentano la formazione ai docenti e si rendano conto dell'importanza della promozione della salute (degli alunni e dei docenti)”*.

La dimensione comunitaria viene rappresentata sia come rivolta al proprio interno, fare comunità tra gli attori della Scuola, *“Occorre integrare e potenziare le esperienze fatte dai ragazzi nel precedente anno, creando momenti di incontro tra pari, con l'inserimento all'interno delle classi di momenti di discussione condivisi con gli stessi insegnanti della classe”*, attraverso una didattica laboratoriale, *“Promuovendo attività laboratoriali”*, sia rivolta all'esterno, attraverso la promozione del senso di comunità *“è importante creare delle reti di supporto agli studenti, la scuola deve aprirsi, deve dialogare con le agenzie del territorio. Gli studenti, se inseriti all'interno di progetti condivisi, possono fare la loro parte e divenire protagonisti attivi di processi di sviluppo e di creazione di comunità”*. L'importanza dell'incontro e dello stare in relazione era emersa anche nell'analisi dei dati quantitativi.

4. Rapporto Scuola/Sanità

I testi che rimandano al rapporto Scuola/Sanità forniscono spunti di riflessione molto interessanti: emerge in una serie di frasi una richiesta di consulenza, abbozzata, da precisare, ma sostanzialmente una richiesta di aiuto, che implica il ragionare insieme per affrontare le incertezze e le difficoltà che ci si aspetta di trovare al rientro in classe, *“offrendo un supporto psicologico agli insegnanti, che indirettamente si rifletterebbe su alunni e famiglie”*.

È molto presente anche la richiesta di formazione, che, seppure prevista nei progetti, non spiega da sola la richiesta massiccia che emerge nei testi, *“Con la prosecuzione di una formazione se possibile in presenza o da remoto se in nuova fase di emergenza (speriamo di no!!)”*. Anche in questo caso, probabilmente, la formazione può essere letta come una richiesta di ragionare insieme non solo sulla Promozione della Salute, ma, in maniera più ampia, su questo frangente scolastico e sociale.

Accanto a queste richieste sono presenti altre due categorie, che, invece, rappresentano una richiesta di aiuto meno coinvolgente per sé, apparentemente di delega da un lato, *“organizzando degli appuntamenti in videoconferenza tra la classe e l'equipe socio-*

sanitaria”, e di introduzione dell’esperto in classe dall’altro, *“interventi di esperti, che illustrino in maniera efficace e diretta i benefici di un corretto stile di vita”*. Sottolineiamo che la presenza di esperti in classe è una possibilità non prevista nei tre progetti, che si basano invece sul potenziamento delle capacità educative degli adulti significativi dei bambini/ragazzi.

5. Competenze da potenziare

Alcune risposte vertono sulle competenze che sarebbe utile potenziare nelle attività del prossimo anno e sono state suddivise in life skills, che hanno a che vedere con le nostre capacità interne, e temi più legati ai contenuti. Nella prima categoria, quella delle life skills, vengono segnalate il pensiero creativo, la gestione dello stress, la gestione delle emozioni. Tra i temi sentiti come prioritari vi è l’uso di internet, l’emergenza sanitaria, la resilienza. Tali aspetti vanno ad integrare e confermare alcune considerazioni emerse nell’analisi dei dati quantitativi.

6. Reazioni all’emergenza

In questa macro-area vi sono le categorie che contengono i dati testuali che rimandano a reazioni all’emergenza. Moltissime risposte portano il tema dell’incertezza, *“In questo momento di incertezza totale sulla riorganizzazione della scuola, non saprei cosa dire...”*. Alcune riflessioni evocano apprendimenti dovuti alla fase di emergenza, *“L’emergenza Covid ha rotto così tanti schemi, che sarà necessario reimpostare il lavoro partendo da un nuovo tipo di relazione e ripensare ad un concetto di salute in termini nuovi, di connessione con la tecnologia, con l’ambiente, con gli altri. BISOGNA ripartire da un corretto rapporto con l’ambiente, inteso non come ciò che ci circonda, ma come il SISTEMA di cui facciamo parte integrante”*. Vi è poi un gruppo di risposte che hanno a che vedere con i vincoli percepiti come definitivi, al momento non superabili, che abbiamo chiamato Disinvestimento: *“Per come sono concepite (penso per esempio al progetto Unplugged), queste attività prevedono una corporeità e una vicinanza fisica che al momento non sono applicabili”*. Un accenno è fatto anche alla paura, che è un’emozione che ha circolato *“Temo che sarà una ripartenza affannata dal dover recuperare tante ore di didattica persa, la mia paura è che non ci sia molto tempo da dedicare alla promozione alla salute in orario scolastico”*.

Di seguito viene riportata la mappa mentale relativa ai contenuti qualitativi sopra descritti.

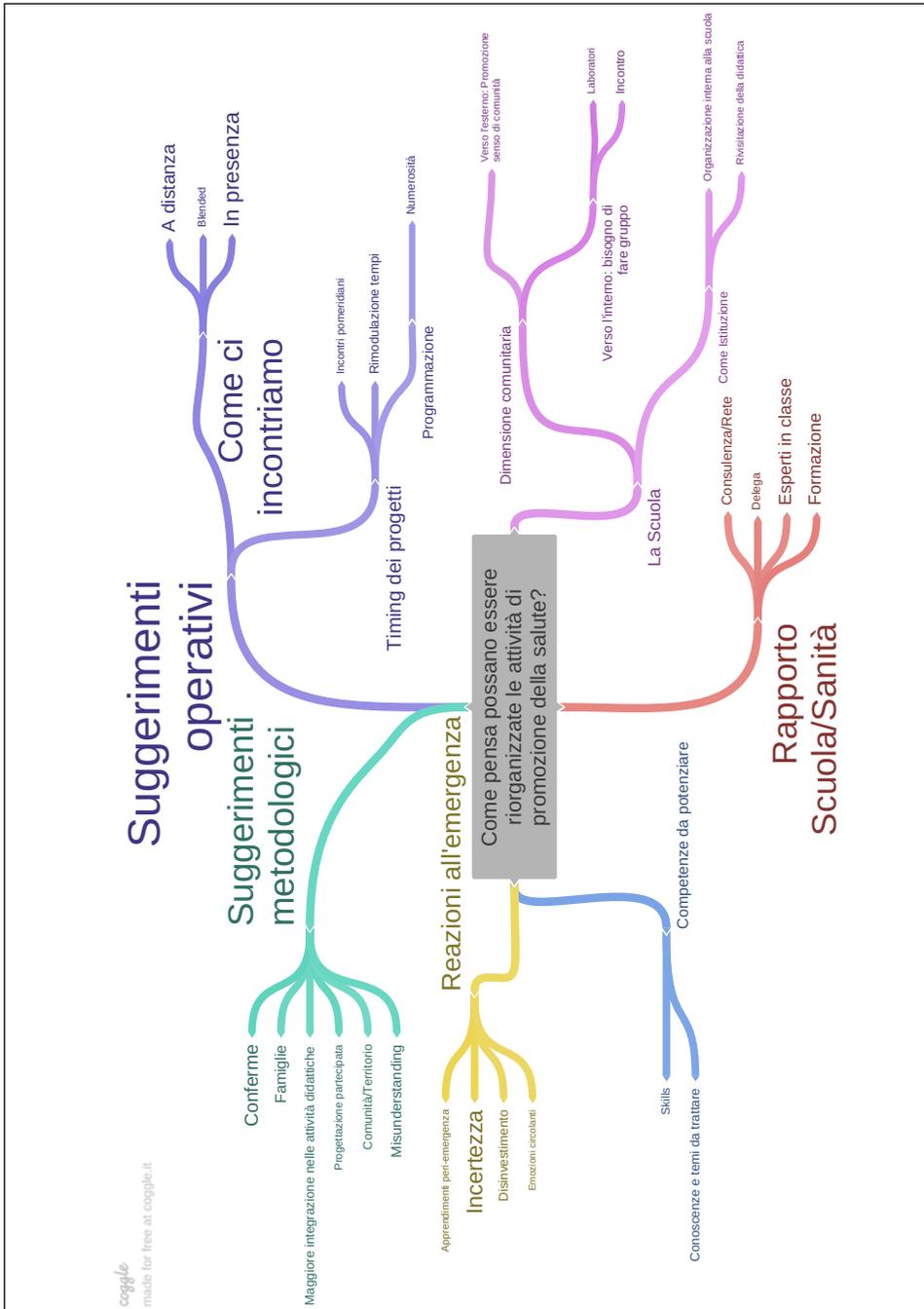


Figura n. 6 - Mappa mentale

Conclusioni

L'indagine è stata realizzata con l'obiettivo sia di comprendere il nuovo contesto da cui partire per una riprogettazione condivisa in seguito all'emergenza Covid-19, sia di cogliere spunti e suggerimenti per avviare le attività del prossimo anno scolastico.

Rispetto alla comprensione del contesto emergenziale, è emerso che la maggior parte degli insegnanti è riuscito a mantenere la continuità nella frequenza scolastica per tutti o almeno tre quarti degli alunni, restituendo l'immagine di una Scuola e di una Famiglia che hanno dovuto affrontare, con le risorse e gli strumenti a disposizione, il gap digitale insito nella società italiana attuale. Le problematiche connesse alle tecnologie si configurano come un importante fattore di dispersione scolastica durante l'emergenza Covid-19 (12). Questo aspetto non va assolutamente sottovalutato anche pensando alla riprogrammazione delle attività di Promozione della Salute, per la realizzazione delle quali gli insegnanti stessi mostrano una forte oscillazione nella dicotomia in presenza/a distanza, spiegabile, forse, anche dalle difficoltà nel pensare alla nuova organizzazione della Scuola nel prossimo futuro. Il tema dell'uso di internet, non solo nei suoi rischi ma anche e soprattutto nelle sue potenzialità, scoperte dagli insegnanti durante l'emergenza, viene riportato come un elemento importante da sviluppare.

Indagando le competenze messe in atto durante l'emergenza, per gli insegnanti si evidenziano con forza quelle relazionali e negli alunni viene riconosciuta la capacità di gestione delle emozioni, riproposta come una competenza centrale su cui lavorare anche nel futuro, assieme alla consapevolezza di sé.

Oltre al ruolo dello sviluppo delle Life Skills per riprogrammare le attività, è emersa la centralità dell'includere gli altri attori di contesto, promuovendo partecipazione alle iniziative di Promozione della Salute. Gli attori fondamentali indicati sono, innanzitutto, le famiglie ed i colleghi dei propri Istituti Scolastici, come anche la comunità più allargata ed il territorio di riferimento. La necessità di promuovere senso di comunità e di includerla nella progettazione e realizzazione delle attività di Promozione della Salute è stata riportata come un elemento imprescindibile. L'attenzione per i determinanti sociali si conferma come strategia chiave per promuovere salute.

Al fine di consentire la realizzazione di iniziative di Promozione della Salute in futuro, gli insegnanti hanno riferito non solo importanti premesse metodologiche centrate sulle dimensioni comunitarie, come sopra riportato, ma anche una serie di suggerimenti operativi. Innanzitutto, emergono la necessità di programmazione delle attività, di rimodulare i tempi secondo le nuove necessità, di integrare maggiormente le attività nella didattica e di trovare forme che consentano l'adattamento al nuovo contesto degli strumenti noti e usati per gli interventi di Promozione della Salute, come circle time e peer education.

Un ulteriore bisogno che viene espresso è quello di informazione, declinato su due

livelli: da un lato, più informazioni sulle iniziative di supporto e Promozione della Salute presenti sul territorio, dall'altro più informazioni sull'emergenza Covid-19. Queste richieste sembrano coerenti con la necessità di fare rete e prepararsi ad eventuali ulteriori fasi di emergenza.

Per realizzare gli obiettivi previsti dai vari progetti, si fa riferimento in maniera trasversale alla necessità di mantenere la relazione Scuola-Sanità ed al ruolo di supporto che la Sanità stessa può assumere, in quanto istituzione che possa garantire formazione, confronto e facilitazione dei processi di Promozione della Salute.

Nonostante i molti spunti per la riprogrammazione, l'indagine presenta alcuni limiti. Innanzitutto, l'uso di uno strumento costruito ad hoc, con una breve fase di pre-testing, potrebbe aver condizionato le risposte dei partecipanti ad alcune domande, proponendo degli schemi concettuali propri degli intervistatori.

Inoltre, la fotografia dei bambini e dei ragazzi è scattata dal punto di vista dei loro insegnanti: una rappresentazione quindi, con tutta la ricchezza e la contaminazione che ne deriva e un punto di vista educativo, adulto, non neutro. Sarebbe interessante un ulteriore studio con un contributo diretto degli alunni.

Questo lavoro è stato possibile solo grazie agli operatori delle reti di promozione della salute della Usl Umbria 1 e Usl Umbria 2, degli Uffici della Direzione Regionale Salute e Welfare della Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica.

Bibliografia

1. Regione Umbria. Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018. 2014. disponibile online: http://www.regione.umbria.it/displaydoc/-/document_library_display/5GZTrBDKfga8/view/3195498;jsessionid=DEB2521675A11B997C8A7660846FFD8F
2. Francescato D, Putton A, Cudini S *Stare bene insieme a Scuola*. Roma: Carocci; 1986.
3. Unplugged Italia. Le teorie alla base del programma. 2013; disponibile online: <https://www.oed.piemonte.it/unpluggeditalia/articolo.php?idmat=5>
4. Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B. *Educazione tra pari. Manuale teorico-pratico di empowered peer education*. Trento: Erikson; 2002.
5. World Health Organization. Division of Mental Health. *Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes*, 2nd rev. Geneva: World Health Organization; 1994; disponibile online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
6. World Health Organization. *Skills for health: skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school*. 2003; disponibile online: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42818/924159103X.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. IUHPE. Trad it, a cura di, Baggio B, Barbera E, Bonfanti M, Coppola L, Donna MA, Fiore C, Lingua S, Modenini M, Muscolo C, Ripamonti E, Tortone C, Vezzoni M. *Verso una Scuola che promuove la Salute: linee guida per la Promozione della Salute nelle scuole, seconda versione del documento "Protocolli e linee guida per le scuole che promuovono Salute"*. 2011; disponibile online: https://www.dors.it/documentazione/testo/201209/HPS_Guidelines_Italian_WEBversion.pdf

8. Bertini M, Braibanti P, Gagliardi MP Il modello “Skills for life” 11-14 anni. La promozione dello sviluppo personale e sociale nella scuola. Milano: Franco Angeli; 2006.
9. Formez – Centro di formazione e studi, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della funzione pubblica. Project Cycle Management. Manuale per la formazione. Roma: Strumenti Formez; 2002.
10. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Mountain View: Mayfield; 1991.
11. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 4th edn. London: Sage Publications; 2009.
12. Rocchi F. Lasciare la scuola anzitempo: le possibili conseguenze del Covid sulla dispersione scolastica. Bologna: Il Mulino 2020; 4: 655-661

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La narrazione come strategia di promozione del benessere nel supporto psicologico a soggetti Covid-19 positivi e alle loro famiglie. L'esperienza dell'ASL Napoli 2 Nord

The storytelling as a strategy for promoting well-being in psychological support to positive Covid-19 subjects and their families. The experience of the ASL Napoli 2 Nord

Pasquale Fallace¹, Maria Pia Costa², Rossella Esposito³, Rosaria Pandolfi⁴, Enrico Bianco⁵

¹ *Responsabile UOS Educazione Sanitaria ASL Napoli 2 Nord*

² *Psicologa - psicoterapeuta ASL Napoli 2 Nord*

³ *Psicologa - psicoterapeuta ASL Napoli 2 Nord*

⁴ *Psicologa - psicoterapeuta ASL Napoli 2 Nord*

⁵ *Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL Napoli 2 Nord*

Parole chiave: promozione della salute, Covid-19, supporto psicologico, narrazione

RIASSUNTO

Obiettivi: il lavoro descrive l'esperienza dell'intervento di supporto psicologico a pazienti Covid-19 e ai loro familiari. Il servizio Parlane con me! è stato attivato presso l'ASL Napoli 2 Nord con l'obiettivo di contenere l'ansia della popolazione nelle prime fasi di diffusione del virus in Italia.

L'emergenza sanitaria Covid-19, dopo i primi casi e i primi decessi, è divenuta rapidamente anche un'emergenza psicologica. Il Servizio Parlane con me! è stato riservato ai casi positivi con l'obiettivo di dare risposta ai pressanti bisogni di natura emotiva, affettiva e relazionale.

Metodi: si è fatto riferimento alle acquisizioni della Psicologia delle emergenze e alle tecniche del Counselling motivazionale. Tuttavia le situazioni e le emozioni impattate con i soggetti positivi hanno reso necessario ricercare nuovi approcci più rispondenti alle condizioni fronteggiate. La relazione di cura ai tempi del Covid-19, va ripensata. Parlare a distanza implica la necessità di una comunicazione capace di dare un'identità sonora forte che colmi il vuoto tra emittente e destinatario. Richiede un lessico semplice ma ad alta carica emotiva, fatto di elementi ritmici più marcati, di parole di affetto più frequenti capaci di toccare con la lingua e con la voce.

Risultati: siamo stati costretti a costruirci sul campo nuovi riferimenti per integrare i modelli teorici e i percorsi operativi risultati inadeguati per la sofferenza delle persone e dei loro vissuti.

Autore per corrispondenza: pasquale.fallace@aslnapoli2nord.it

Abbiamo attivato una costante supervisione di gruppo per confrontarci sulle nostre stesse difficoltà a smaltire il carico emotivo generato da situazioni tanto coinvolgenti e inusuali.

Conclusioni: nonostante il solo contatto telefonico e i contenuti intensi, la connessione empatica si è realizzata rapidamente. Le persone si sono aggrappate ad una voce che spesso rappresenta per loro l'unica ancora. I racconti delle loro condizioni fluiscono e svolgono la funzione catartica sul percorso per ritrovare sé stessi.

Keywords: health promotion, Covid-19, psychological support, storytelling

SUMMARY

Objectives: the work describes the experience of the psychological support intervention for Covid-19 patients and their family members. Talk to me! service has been activated in ASL Napoli 2 Nord with the aim of containing the anxiety of the population in the early stages of the virus spreading in Italy. The Covid-19 health emergency, after the first several cases and deaths, has quickly become a psychological emergency. Talk to me! service was therefore reserved for people affected by Covid-19 to give an answer to their hard needs of emotional, affective and relational nature.

Methods: reference was made to the acquisitions of Emergency Psychology and to Motivational Counseling techniques. However, the situations and emotions experienced by positive subjects made it necessary to seek new approaches, more responsive to the faced conditions.

During the time of Covid-19 the relation of cure must be rethought. Virtually talking implies the need of a communication capable of giving a strong sound identity that fills the void between the sender and the receiver. It requires a simple but highly emotional lexicon, made of more marked rhythmic elements, more frequent words of affection capable of touching with the language and the voice.

Results: we were forced to build new references on the field to integrate theoretical models and operational paths, inadequate for people's pain and their living.

We have activated a constant group supervision to discuss our own difficulties in disposing of the emotional load generated by such engaging and unusual situations.

Conclusions: although we were obliged to talk by phone about hard content, the empathic connection was quickly realized. People cling to a voice that often represents the only anchor for them. The stories of their conditions flow and perform the cathartic function on the path to find themselves.

Premessa

L'esperienza che il nostro pianeta sta vivendo per la pandemia Covid-19 è assolutamente nuova e unica. La velocità di diffusione del contagio, la drammaticità delle condizioni patologiche hanno determinato una condizione di estremo disorientamento per la perdita di qualunque utile sistema di riferimento precedente. Grazie all'intensa produzione scientifica si vanno lentamente ampliando le conoscenze del virus e dei processi patologici nelle persone contagiate. Tuttavia non si è ancora approdato a protocolli terapeutici risolutivi, cosa che alimenta sensazioni di vulnerabilità ed impotenza. Tutto è nuovo intorno a noi, tutto incontrollabile e ineludibile, l'unico *destino* vissuto è dover attendere

inermi e subire quello che ci potrebbe colpire.

Né ci sono di conforto le altalenanti indicazioni degli *esperti* sull'andamento del contagio e sui tempi lunghi per un vaccino. Il bombardamento mediatico ha *garantito* una puntuale informazione su numeri dei contagiati, soggetti in terapia intensiva, deceduti, difficoltà del sistema sanitario, ha documentato l'emergenza creando facile terreno al diffondersi di sensazioni di ansia e angoscia.

L'angoscia, questo è stato il sentimento più comune, dal latino *angustia* e si lega al verbo angere stringere che allude ad uno stato di costrizione e oppressione. La sua natura è proprio quella di essere un vissuto pervasivo e oppressivo che genera una notevole sofferenza psicologica.

Sappiamo che, in genere, terminato il fattore scatenante, lentamente diminuisce anche la condizione di angoscia, salvo nell'*angoscia esistenziale* presente per un tempo illimitato associata a una sensazione di paura e di minaccia costante. In entrambi i casi ha effetti invalidanti in quanto può ostacolare le normali attività dell'individuo, può incidere sulla sfera affettiva e lavorativa.

La particolarità durante l'epidemia da Covid-19 è che l'evento scatenante persiste, anzi incalza. Le limitazioni e le misure di contenimento adottate hanno carattere coercitivo e vengono subite in una condizione di impreparazione e di già complessiva *confusione*. Si devono fronteggiare fattori fortemente stressanti quali il distanziamento fisico, prolungate quarantene, il timore del contagio, l'influenza di fattori di rischio psicosociale quali stress finanziario, perdita del lavoro, lutto, percezione di un carico eccessivo, perdita del ruolo e rottura o seria compromissione delle relazioni significative (1). Nell'evolversi dell'emergenza epidemica da Covid-19 diversi fattori quali *personalità e carattere, stile di vita, condizioni biologiche* influenzano le risposte individuali a questi stress ma tutti sono accomunati dall'incertezza della durata dell'emergenza.

Potremmo confrontare la condizione determinata dal Covid-19 con la più classica delle paure, quella del buio. La consapevolezza di essere all'*oscuro di conoscenze* relative al Covid-19, come in un'eclissi di sapere scientifico sulla natura del virus, ha un impatto psicologico senza precedenti su un gran numero di persone e ha gettato i più deboli nel panico totale e conseguentemente nell'angoscia.

In questo quadro le persone esprimono un disperato bisogno di essere ascoltati, supportati e confortati.

Ben più complesso l'impatto psicologico su chi ha anche subito il contagio, direttamente o in famiglia.

La letteratura sugli esiti psicologici dei sopravvissuti a epidemie simili non risulta, ad oggi, particolarmente ricca. Non è attualmente valutabile quale sia l'entità dei danni psicologici registrabili né tantomeno quali saranno le conseguenze a medio e lungo termine di quanto stiamo vivendo.

Studi condotti in pandemie del passato, di dimensioni ben più contenute, hanno mostrato per esempio un elevato incremento del numero di suicidi, soprattutto negli anziani, e lo sviluppo di un disturbo d'ansia in una consistente percentuale (circa la metà) di persone guarite dall'infezione (2-4) e inoltre, gran parte degli operatori sanitari impegnati nella cura dei contagiati, hanno sviluppato nel tempo grave preoccupazione, disturbo post-traumatico da stress, depressione, sintomi somatici e insonnia (5).

Complessivamente è verosimile attendersi un aumento di sintomi ansiosi nella popolazione, per lo più legati a risposte disadattative di fronteggiamento (*coping*) dello stress, e a un aumento del rischio di sviluppare sintomi depressivi e comportamenti auto ed etero-aggressivi.

La nostra esperienza

L'esperienza che proponiamo si sviluppa all'interno di questo quadro di riferimento.

Il nostro gruppo di lavoro è composto da quattro psicologi, tutti psicoterapeuti della U.O.S di Educazione Sanitaria del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 2 Nord, che fin dalle prime fasi di diffusione del virus in Italia, cogliendo le difficoltà a cui la cittadinanza sarebbe andata incontro, avevano attivato il Servizio telefonico di supporto psicologico *Parlane con me!*

L'iniziativa mirava a fornire una risposta alle persone che, anche a virus ancora *lontano*, vivevano una condizione di crescente apprensione a seguito delle catastrofiche notizie provenienti dai paesi asiatici e dal nord Italia.

L'obiettivo dell'intervento era di intercettare l'ansia individuale, spesso collegata ad una sproporzionata reazione al pericolo effettivo, e di contenere lo sviluppo di fenomeni di panico collettivo. Metodologicamente, in questa fase, abbiamo fatto riferimento alle acquisizioni ormai consolidate della *Psicologia delle emergenze* (6) avvalendoci inoltre delle indicazioni diffuse dall'Ordine Nazionale degli Psicologi attraverso un sintetico ma compendioso *Vademecum* per il supporto psicologico ai cittadini in relazione allo specifico evento della diffusione del Coronavirus.

Il supporto psicologico ai Covid-19 Positivi: riferimenti e specificità metodologiche

Quando la diffusione del virus ha iniziato a coinvolgere il nostro territorio e il contagio si è diffuso in brevissimo tempo - con i primi casi e i primi decessi - il *Servizio Parlane con me!* è stato riservato esclusivamente alle persone *Covid-19* positive.

L'emergenza sanitaria è divenuta rapidamente anche un'emergenza psicologica di bisogni di natura emotiva, affettiva e relazionale sempre più numerosi a fronte dell'*isolamento*, della *separazione fisica dei pazienti dai loro familiari* che moltiplica l'impatto traumatico della malattia.

Con l'introduzione del lockdown il lavoro psicologico mirava anche a sostenere e offrire un contenitore per le ansie proiettate ma soprattutto a creare, nei limiti del possibile, un *contatto emotivo* volto a garantire quella vicinanza, sia pur *virtuale*, necessaria quando il contatto fisico è stato interdetto.

Il lockdown sebbene sia un provvedimento necessario per impedire la diffusione del virus, rappresenta un elemento di grave alterazione dell'equilibrio psicoaffettivo individuale e familiare che ha posto anche ai sanitari la difficoltà a trovare risposte adeguate.

Come in tutte le condizioni acute ed inattese, la persona si ritrova a doversi confrontare con una diversa immagine di sé: malato e contagiato, quindi pericoloso per la salute degli altri. L'isolamento stesso, l'assenza prolungata di contatto fisico e di un adeguato supporto emotivo, proprio quando è più intenso il vissuto di fragilità e vulnerabilità, tendono ad aggravare i sentimenti di angoscia, solitudine, paura e colpa. L'eventuale ospedalizzazione, qualunque sia la gravità della sintomatologia, esclude la possibilità di visite da parte di familiari ed il conforto che ne deriverebbe.

Si è osservato inoltre che il periodo di quarantena forzato disposto ai parenti dei pazienti positivi al virus, spesso incrementa il vissuto di ansia e genera sentimenti intensi di colpa per la possibilità di aver contagiato i propri cari esponendoli allo stigma. L'isolamento forzato e la coabitazione coatta hanno un costo psicologico enorme per tutti gli individui coinvolti e per gli operatori sanitari che si prendono cura di loro.

La risposta sanitaria all'epidemia Covid-19

L'esperienza maturata a livello mondiale sull'impatto psicosociale generato dalle epidemie virali, ci dice che lo sviluppo e l'implementazione di una pronta valutazione, di un supporto e di un trattamento psicologico, dovrebbero essere degli *obiettivi cruciali e urgenti* per dare una risposta sanitaria adeguata all'epidemia di Covid-19 (7). La repentina diffusione del contagio ha però colto impreparato il sistema sanitario costretto a fronteggiare condizioni inimmaginabili più che imprevedibili e a porre priorità ad emergenze ben più immediate e drammatiche di natura medica. In questi mesi abbiamo pertanto assistito a una mobilitazione autonoma degli psicologi di tutti i settori del SSN oltre che dell'associazionismo di categoria, con numerose iniziative ed hanno garantito una consistente e tempestiva risposta. Queste iniziative hanno talvolta risentito dell'estemporaneità che li ha contraddistinti, evidenziando i limiti di una mancata pianificazione e coordinamento che le rendessero immediatamente ed omogeneamente efficaci oltre che rispondenti alla complessità da fronteggiare.

Il contagio ha seguito un andamento per cui spesso ha colpito interi nuclei familiari: abbiamo seguito persone che hanno dovuto confrontarsi contemporaneamente con il dolore del lutto per il decesso di un proprio familiare, l'ospedalizzazione di un altro, il contagio e l'isolamento per il resto della famiglia, l'impossibilità di svolgere funerali per i

propri morti. A questi stress si aggiungono talvolta le difficoltà a ricevere aggiornamenti sulle condizioni dei parenti ricoverati, la difficoltà a confortarsi reciprocamente anche all'interno del proprio stesso nucleo familiare per non diffondere ulteriormente il contagio. Tutte condizioni di incontenibile sofferenza che hanno alimentato sensazioni di *accerchiamento*, di impotenza, di incapacità a recuperare le risorse per affrontare le violente sollecitazioni provenienti da più livelli.

La nostra azione di supporto psicologico si è concentrata su queste persone in cui ci è apparsa, come più urgente, l'esigenza di dare risposta alle particolari condizioni di acuta destabilizzazione emotiva dovuta ai danni inferti dal contagio.

Le storie delle famiglie ci vengono segnalate dagli increduli operatori sanitari della struttura di Epidemiologia e Prevenzione deputata al monitoraggio epidemiologico, che per primi registrano lo sgomento dei pazienti monitorati.

A queste persone proponiamo attivamente interventi telefonici di supporto psicologico individuali. In alcuni casi più membri della stessa famiglia ne fanno richiesta.

L'intervento

Pur affrontando situazioni spesso complesse, talvolta di famiglie multiproblematiche, è stata sempre molto ben definita la finalità di supporto psicologico del nostro intervento. Si è prestata attenzione a valutare le persone che possono beneficiare di soli interventi di promozione del benessere individuale finalizzati al miglioramento delle strategie di *coping*, da quelle con quadro psicopatologico più conclamato. Inoltre, siccome il nostro Servizio di *Educazione Sanitaria* non contempla la possibilità di una presa in carico di pazienti, gli interventi sono stati condotti in modo da evitare una eccessiva strutturazione dei rapporti tale da richiedere una fase di svezamento e separazione al termine dell'intervento: un ulteriore lutto per i beneficiari.

L'intervento pertanto, senza nulla togliere all'intensità della relazione stabilita, rimane circoscritto a modelli squisitamente emergenziali e/o di orientamento verso i servizi in cui pianificare azioni a più ampio respiro.

I contatti attivati sono stati immediatamente caratterizzati da inusuale intensità delle emozioni e delle storie raccolte.

Il filo del racconto delle vicissitudini che le persone stanno attraversando conduce a vicende e condizioni di intensa sofferenza e tristezza, costellate da stati di angoscia profonda ancorata frequentemente alla gestione emotiva dei lutti avvenuti in famiglia, al timore di poter contagiare i propri cari conviventi dovendosene per questo separare.

A rendere complessi in questo periodo le separazioni, i lutti, è la *condizione particolare* in cui questi avvengono e in cui le persone si trovano a doverne elaborare gli effetti.

In psicologia si identificano con il costrutto del lutto tutti i forti sentimenti e stati mentali derivati da accadimenti più o meno improvvisi che generano sofferenza o che hanno

un forte impatto psicologico in quanto presuppongono una sostanziale modifica nella propria vita. Si può trattare della perdita del lavoro, di una separazione, dell'interruzione di un legame significativo, fino alla morte di una persona cara (8). Quando ciò avviene il lutto è una tappa obbligata. Si tratta di un periodo di dolore di durata variabile attraverso il quale è necessario passare per poter ristabilire poi un nuovo equilibrio: non esistono scorciatoie. Lindemann e Marris, pionieri delle ricerche sul lutto, hanno ben studiato le reazioni tipiche ad eventi luttuosi e le loro deviazioni patologiche (9-10).

A John Bowlby e alla sua teoria dell'attaccamento dobbiamo invece la prima sistematica formulazione dei processi psicologici che intervengono nell'elaborazione della perdita. Egli individua quattro fasi, non lineari, che caratterizzano in maniera universale il percorso psicologico di elaborazione del lutto (11).

Parallelamente agli studi psicoanalitici e ad altri approcci psicologici, sono state portate avanti anche ricerche sugli eventi stressanti, per esempio quelli che hanno portato Holmes e Rahe a sviluppare la loro scala (12). Solo più tardi l'attenzione si focalizzò non tanto sull'evento in sé, ma sulle valutazioni cognitive ed emotive legate ad esso e sulle strategie di coping.

Dagli anni '70 molti studiosi hanno cercato di sviluppare modelli concettuali descrittivi del decorso del lutto e del cordoglio secondo fasi o stadi.

In generale, *fuori* dai modelli, possiamo affermare che, quando il lutto progredisce, il sopravvissuto integra gradualmente la *storia dell'evento* della morte all'interno della sua narrativa di vita. Man mano che la perdita viene integrata la persona riconosce la realtà della morte, mantiene un accesso ad emozioni opposte in forma modulata, rivede la rappresentazione mentale della persona deceduta e la natura del legame, formula una coerente narrazione della perdita e ridefinisce obiettivi e ruoli di vita (Pesci, 2014).

Tutto questo molto spesso è mancato alle persone che abbiamo sentito, cristallizzati e sospesi dal non aver potuto celebrare queste indispensabili fasi di elaborazione.

In primo luogo l'*ultimo saluto* che ciascuno può dare alla persona cara prima che muoia. In molti casi è venuta a mancare anche una telefonata o una videochiamata per rendere possibile questo momento fondamentale. Il decorso del Covid-19, specie nei pazienti più anziani, passa dal ricovero a un peggioramento repentino delle condizioni e quindi all'isolamento, fino al decesso senza dare ai parenti il tempo necessario all'ultimo saluto. Il secondo momento è quello del *saluto collettivo*, il funerale, il commiato di un'intera comunità che svolge una funzione sociale ben precisa nel processo di elaborazione del lutto. Il divieto di assembramenti ha precluso queste liturgie, pur fondamentali, per ragioni indiscutibili di salute e sicurezza: anche questo rende più difficile il processo di elaborazione del lutto.

Il fatto che siano venuti a mancare questi riti di passaggio fondamentali per la nostra cultura, ha creato una serie di problemi psicologici nuovi. Per esempio, alcuni pazienti

riferiscono di sentirsi *congelati* oppure *dentro una bolla*. La mancanza del *saluto*, per esempio, alimenta la negazione che il loro parente sia realmente scomparso.

In assenza di un rito individuale o sociale che sancisca l'evento, è più difficile iniziare il già di per sé faticoso percorso di *assimilazione*. Tutto resta come sospeso in un'atmosfera di incredulità, incertezza e negazione.

Nonostante ci imbattiamo in contenuti tanto pregnanti, e sia pur attraverso il filtro del contatto telefonico, la connessione empatica si realizza rapidamente. Le persone si aggrappano a una voce che molto spesso rappresenta per loro l'unica *piattaforma* consistente su cui muovere passi. I contatti di parenti e amici, sono spesso vissuti con fastidio dai contagiati Covid-19, ci si vergogna della propria condizione e non se ne parla volentieri con i conoscenti a cui vengono attribuite motivazioni di invadente curiosità più che di reale interesse per la loro salute.

Le situazioni e le emozioni impattate hanno alimentato in noi operatori un senso di inadeguatezza ed insufficienza dei nostri ordinari mezzi.

Ci siamo messi alla ricerca di nuovi riferimenti operativi e teorici più rispondenti alla specificità ed eccezionalità di quello che accade e delle condizioni da fronteggiare. In una dimensione di continuo confronto di gruppo e di supervisione reciproca abbiamo preso atto delle nostre stesse difficoltà a smaltire il carico emotivo generato da situazioni tanto coinvolgenti e inusuali in cui l'impotenza sperimentata dalle persone, a certi livelli di accanimento degli eventi, diviene la nostra impotenza.

La letteratura e il web hanno iniziato ad analizzare le specificità delle risposte psicologiche in questa pandemia Covid-19 e a dare indicazioni.

L'arma del racconto, la sua potenza catartica in cui rivivere e provare a reificare l'inenarrabile, è divenuta la nostra modalità di riferimento. Narrazioni che fluiscono con i toni talvolta allucinati e difensivamente distaccati di chi non riesce a contenere emotivamente quanto gli sta accadendo, quasi in *terza persona*, come se si attribuisse ad altri le proprie vicende. Ci rivelano lo sgomento e l'incredulità che sia possibile quello che sta accadendo e che stia accadendo proprio a loro!

Racconti in cui non sempre si riesce a condurre i soggetti lungo i percorsi canonizzati dal modello *defusing-debriefing* (6) in cui la successione delle fasi consente un'integrazione dell'immagine traumatica attraverso il linguaggio, ristabilendo il controllo sulle emozioni usando le parole. I pazienti Covid-19 sono molto provati, la descrizione dell'evento e il carico emotivo sono inscindibili, la narrazione segue logiche sincretiche difficilmente orientabili e organizzabili. E allora la presenza dello psicoterapeuta diviene *presenza pura*, non più lo specialista in grado di co-costruire soluzioni, avvalendosi, per esempio, delle tecniche del *counselling*. Egli si pone accanto al paziente in una posizione di ascolto e *compassione* - in quanto capacità di comprendere la sofferenza e accompagnarla - e semplicemente stabilisce una condizione di fiducia alla ricerca di uno spiraglio possibile,

utile a entrambi. Il passaggio attraverso la sofferenza delle persone, le realtà in cui ci siamo imbattuti, situazioni assolutamente nuove che si andavano delineando, ci hanno condotto, anzi obbligati, a costruirci sul campo dei nostri riferimenti per integrare i modelli teorici e i percorsi operativi a noi noti.

Proviamo, per esempio a dare senso oggi ai percorsi di elaborazione del lutto descritti in letteratura. Il faticoso iter fatto di *rituali* e di passaggi sociali oltre che psicologici, concordemente riportati, appaiono oggi inapplicabili alla realtà che viviamo. Paradossalmente le vicende narrate da José Saramago ne “*Le intermittenze della morte*” appaiono meno surreali della realtà che viviamo (13).

Al concetto di *angoscia* abbiamo dovuto attribuire nuovi significati per contenere le condizioni narrate dai nostri pazienti. I percorsi di *elaborazione del lutto* così come sono descritte da diversi autori sono risultate inapplicabili nelle circostanze reali a cui il virus ci ha costretti. Abbiamo inoltre avvertito l'esigenza di rivisitare in maniera più ampia lo stesso concetto di *comunicazione* alla ricerca di visioni più consone e rispondenti ai bisogni sollevati dalla pandemia Covid-19.

Comunicare con i soggetti positivi

La comunicazione in psicologia riveste una peculiare rilevanza poiché include ed esaspera i fattori emozionali insiti in tutte le relazioni umane. Comunicare non è solo informare ma è cercare di entrare dentro la sfera cognitiva ed emotiva dell'altro, per arrivare a definizioni di percorso condivise sulla base del rispetto della conoscenza e della carica emozionale di chi deve essere informato e curato.

Il supporto alla popolazione e la promozione del benessere psicologico dei pazienti e dei familiari dovrebbero seguire alcuni principi generali (14) che vanno in direzione dell'*utilizzo di una comunicazione efficace ed autorevole come strumento di intervento*. L'uso di una comunicazione chiara, comprensibile e pratica può ridurre le risposte psicologiche avverse e aumentare l'aderenza comportamentale all'adozione di comportamenti adeguati e stili di vita sani. La percezione del rischio guida e orienta le risposte comportamentali ma uno stato di angoscia o di disorientamento conseguente a una situazione di crisi come quella sperimentata dai nostri utenti, può distorcerla facilmente. In questi casi è essenziale riuscire ad individuare un efficace stile comunicativo.

La *buona comunicazione* permette di stabilire con il paziente una *alleanza terapeutica* basata sulla fiducia e accettazione reciproca, sull'empatia e sul coinvolgimento/responsabilizzazione (*empowerment*), influenzando positivamente gli esiti del percorso di cura, la *compliance*, l'appropriatezza.

Nella nuova ritmica del *contatto-contagio* il frame della comunicazione, sia in ambito clinico che sociale, evidenzia ancor più l'importanza di un linguaggio *adatto* alla gente in tutti i canali di comunicazione, compresi i media, rispettoso delle persone e

inequivocabilmente recepito.

Espressioni negative nel racconto della malattia possono influenzare il modo in cui sono percepite e trattate le persone che si pensano contagiate, i malati, le loro famiglie e le comunità colpite dal virus. Influenzano inoltre la stessa percezione dell'entità del rischio e lo sviluppo di stati ansiosi o di angoscia.

Alla luce delle condizioni in cui deve svolgersi il supporto psicologico, tra le caratteristiche più forti della nuova comunicazione, consideriamo per esempio la questione della *distanza nel linguaggio*: il parlare a distanza che implica un notevole cambiamento dell'organizzazione linguistica in base allo spazio, al canale e al messaggio.

Supportare a distanza

Parlare a distanza (da remoto, nella maggior parte dei casi al telefono) implica la necessità di essere visibili all'ascolto, con un lessico semplice ma ad alta carica emotiva. Una comunicazione che deve personificare lo spazio e dare un'identità sonora forte che colmi il vuoto tra emittente e destinatario.

La normativa anti-Covid-19 prevede una *distanza imposta, ratificata da una legge*, richiede di sviluppare una serie di caratteristiche del *linguaggio della lontananza forzata*, fatta di sentimenti di appartenenza, di elementi ritmici più marcati, di parole di affetto più frequenti. La parola di cura ai tempi di Covid-19 va ripensata, non evocazioni ma necessità di *toccare con la lingua e con la voce*, un linguaggio più decisamente sentimentale che allude ad un incontro che procede per differimenti.

La cosa più importante in questa fase è che le persone si sentano accompagnate e ascoltate da professionisti che li aiutino ad attivare le loro risorse interne positive attraverso un percorso molto soggettivo. Vi sono poi alcuni comportamenti indispensabili per costruire una comunicazione efficace come, per esempio, *com-prendere* quello che il paziente sta affrontando e dare una risposta alle sue emozioni, usare un linguaggio semplice e diretto e fornirgli un'eziologia che possa spiegare il suo problema.

Il nostro compito è di tranquillizzare i pazienti, cosa non sempre facile perché la paura riguarda anche noi, ed aiutarli a riappropriarsi del controllo delle proprie emozioni. Perché questo avvenga dobbiamo trasmettere loro, attraverso l'ascolto e la vicinanza, di avere la capacità di farci carico delle loro - e nostre - emozioni distruttive determinate dal Covid-19.

Comunicare è “partecipare”

In situazioni così dolorose, comunicare è difficile ma può esserci utile ricordare che la *comunicazione* è definita anche come *partecipazione*. Nel corso della nostra esperienza di supporto psicologico a persone Covid-19 positive, ci siamo resi conto che la *partecipazione* si è rivelata la modalità più efficace e rispondente alle complesse condizioni psicologiche

che stiamo seguendo all'interno di contesti e condizioni ancor più complessi. Accogliere il racconto e partecipare alla storia narrata è divenuto, sempre più, il modello di accompagnamento per aiutare le persone a ristabilire il controllo sulle loro emozioni. Ripartiamo dai *particolari* delle loro vite, ci limitiamo a registrare quanto accade attraverso la viva voce di chi questi eventi particolari sta vivendo e riportiamo il *racconto* di alcune persone che si sono rivolte al nostro servizio dando ampio spazio alle trascrizioni testuali. In alcuni casi sono le storie narrate da più componenti di uno stesso nucleo familiare in qualche modo toccati dal virus. Famiglie in cui i livelli di sofferenza si intrecciano e si moltiplicano a causa della difficoltà delle persone a condividere la propria angoscia con gli altri nel timore di sovraccaricarli: paradossalmente pur condividendo una stessa condizione aumenta l'isolamento di ciascuno. Qui la complessità ostacola ancor più l'aggancio e la *compliance*.

Ogni membro di una stessa famiglia è, di norma, seguito da un diverso psicologo per garantire a ciascuno la massima libertà di esprimersi fugando il dubbio che le proprie esternazioni, attraverso il contatto con lo stesso professionista, giungano ai propri congiunti.

I casi sono stati selezionati per fornire uno spaccato delle condizioni che più frequentemente ci siamo trovati di fronte, casi emotivamente coinvolgenti ai quali abbiamo ritenuto opportuno dare voce.

Paola, Giorgio e Carla

Paola, 60 anni, lavora come governante, vive con il marito Giorgio, 63 anni, artigiano e la figlia, Carla, 36 anni, casalinga, al terzo mese di gravidanza.

Alla data del primo contatto Paola e suo marito sono positivi al covid-19, fortunatamente asintomatici, mentre la figlia Carla è negativa. Sono comunque tutti in quarantena nella stessa casa.

- Che dobbiamo fare, è capitato a noi, da 15 giorni non usciamo di casa, io non ho sintomi, l'unica cosa è che ho molta paura per mia figlia, è al terzo mese di gravidanza e non può andare a fare tutte le analisi, non può andare dalla ginecologa. Io ho paura per lei perché accudisce me e mio marito. Sento mia figlia piangere e mi dispiace perché non posso starle vicino in un momento tanto delicato della sua vita.

Il virus ha imposto un cambio di ruoli per cui è la figlia a prendersi cura dei genitori, di se stessa e del bimbo che porta in grembo e Paola se ne dispera.

- Le dico di non preoccuparsi ma poi non so dirle più niente, non sappiamo se e quando tutto questo finirà, vedo la televisione e mi spavento ancora di più.

Nonostante la novità del setting telefonico Paola è disponibile al colloquio, parla come un fiume in piena e definisce i nostri contatti come le uniche occasioni di esprimere tutta

l'angoscia che la attanaglia e che, da "madre di famiglia", tiene per sé. Si sente rincuorata quando anche sua figlia viene presa in carico per il supporto psicologico.

- ...è più di un mese che risultiamo sempre positivi, a mia figlia hanno detto che, se dovesse contagiarsi, potrebbe essere portata in una struttura per donne in gravidanza, ma è possibile dottoressa? Mia figlia sta piangendo da ieri ed io non so se questa notizia è vera o meno...

Ha una visione tutta sua di quanto accade all'esterno che apprende dai notiziari, attribuisce logiche divine agli eventi che stanno succedendo esprimendo la sua angosciante visione catastrofica.

- Penso che questo virus sia volere di Dio per far capire alla gioventù moderna cosa vuol dire restare senza niente, perché i giovani d'oggi hanno tutto e non apprezzano niente, forse così si renderanno conto di quanto sono importanti le cose che gli sono state tolte.

Solo il pensiero che presto diventerà nonna riesce ad attivare sentimenti positivi.

- È una bambina, dottoressa, mia figlia ha finalmente fatto la visita, tutti gli esami sono buoni e abbiamo saputo che aspetta una femminuccia, lei si è tranquillizzata e un poco pure io.

Ciononostante la voce di Paola mi arriva sempre più stanca e rassegnata, è passato un mese e mezzo dal nostro primo contatto e gli esiti dei tamponi suoi e del marito, Giorgio, continuano a risultare sempre positivi e lei se ne preoccupa.

- Anche mio marito avrebbe bisogno di parlare con qualcuno, potreste chiamarlo?

Il percorso con **Giorgio** inizia parallelamente a quello di sua moglie Paola. È lei che lo richiede perché lo vede molto agitato e preoccupato.

Alla nostra prima telefonata appare taciturno e poco propenso al colloquio, ma dopo l'iniziale diffidenza inizia a raccontare delle sue paure e del suo bisogno di affidarsi alla preghiera.

- Io sono un soggetto cardiopatico ed anche se non ho sintomi ho paura che mi possa venire qualcosa, io prego, prego sempre.

Passano i giorni e i tamponi effettuati a cadenza quindicinale continuano a sortire esiti positivi, Giorgio attraversa momenti in cui affiora potentemente il nervosismo e lo scoraggiamento. All'ennesimo tampone positivo Giorgio ha un crollo fisico e psicologico, emerge uno stato di impotenza e disorientamento, tenta di rompere la quarantena scappando di casa.

- È passato, ora sto bene ho solo perso la pazienza e sono uscito dalla mia stanza per affacciarmi dal lato della cucina perché dalla mia finestra non vedo niente mentre dall'altro lato ci sono più pedoni, è stato solo un momento mi sono pentito, non accadrà più...

- ...non ce la faccio più mi sento inutile, non esco da mesi e non posso fare più quello che facevo prima, abbiamo fatto il tampone, di nuovo positivi ma quando finirà? L'altro giorno sono andato in tilt, ho chiamato il medico perché mi sono bloccato con la schiena e gli ho chiesto se era un sintomo di corona virus, il medico ha detto no ma io sono impazzito.

Con parole di vicinanza e comprensione gli ribadisco l'importanza di restare a casa. Faccio leva sulla enorme paura per la salute della figlia invitandolo a evitare il rischio di contagiarla.

I giorni che seguono, sono giorni di apprensione e sconforto, sono giorni sospesi. La rassegnazione di Paola e Giorgio è direttamente proporzionale al mio interessamento all'esito di ogni nuovo tampone effettuato da ciascuno di loro.

- Paola: *finalmente è negativo ma dobbiamo aspettare che ci facciano un altro tampone, siamo contenti ma dobbiamo avere la certezza,*

quasi come se quella certezza li liberasse del tutto. Poi anche il tampone di verifica dà esito negativo per entrambi.

- Paola: *sono felicissima siamo già facendo la spesa, ci hanno dato l'autorizzazione. Anche mia figlia è molto contenta, finalmente! e la sua gravidanza sta andando per il meglio.*

La sua è una voce nuova, più acuta, più forte nonostante la paralisi di questi mesi.

Sono emozionata a vedere i membri di questa famiglia riprendersi in mano la propria vita, riattivare il tempo che il virus aveva sospeso, sciogliere l'angoscia in cui le circostanze li avevano gettati. Non potevo dire loro che condividevo la condizione di attesa di una nuova vita, cosa che ha reso più facile e naturale stabilire con entrambi una valida relazione fin da subito nonostante la novità del *setting* telefonico. Hanno percepito fin dall'inizio il livello di *partecipazione* del loro interlocutore e mi sono resa conto di quanto ciò potenziasse l'intensità della comunicazione.

Complessivamente la mia funzione di accompagnamento con lo strumento della *comprensione* dei loro vissuti, li ha portati alla riconquista di un atteggiamento più consapevole e adattivo verso le vicissitudini e le limitazioni imposte della pandemia.

Carla mi viene segnalata dalla mia collega che segue entrambi i genitori, Paola e Giorgio. La prima ad avvertire sintomi è la mamma che si contagia a contatto con una persona (poi deceduta) nella casa dove la signora lavora come governante. Dopo pochi giorni anche suo padre risulta positivo.

- *Sono spaventatissima, sono lontana dal mio compagno senza la speranza di poterci vedere prima di chissà quando! Ci dovevamo sposare l'anno prossimo ma adesso non possiamo fare progetti e la paura di potermi contagiare e far male al mio bambino, anzi bambina, perché avrò una femminuccia, mi angoscia, non mi fa dormire la notte. La situazione è diventata pesante da gestire.*

Il timore del contagio sembra veicolare informazioni che si depositano a livello fisico e poi emotivamente e affiorano sotto forma di sintomi. Emerge una solitudine emotiva inattesa in una persona con aspettative immaginarie del *diventare madre*. Il distanziamento sociale nel quale viviamo a causa del coronavirus ha *cancellato* i rituali di festa della gravidanza

da parte di parenti, amici e conoscenti.

Carla sta subendo una alterazione e un forte condizionamento dei vissuti legati alla normale evoluzione del suo stato. Non possiamo sottovalutare le possibili reazioni emotive cui andrà incontro e quali saranno le trasformazioni relazionali nel suo futuro rapporto madre-figlia.

Sappiamo che il primo strumento con cui un neonato viene al mondo è il suo cervello somatico ed è proprio il corpo il primo magazzino di raccolta d'informazioni sull'ambiente circostante. Sarà importante tener presente le variabili che influenzeranno la relazione del nuovo nato con l'ambiente. Le mani che lo accoglieranno potrebbero essere mani serrate di paura, speriamo che non saranno vuote.

Milena

Milena, 72 anni, diplomata, casalinga, al momento del primo contatto il marito è deceduto per Covid-19 da circa 20 giorni. Ha 3 figlie una delle quali vive nel suo stesso stabile e lavora come infermiera in un grande ospedale cittadino.

Risultano positivi al Covid-19 Milena e l'intero nucleo familiare della figlia.

In seguito ai nuovi tamponi i membri della famiglia si distribuiscono tra i loro due appartamenti con continui spostamenti dovuti al dinamico alternarsi della positività tra i membri della famiglia, che rende la situazione ancor più pesante.

- Io non posso pensare che i miei nipoti sono sopra la mia testa e neanche posso abbracciarli, dottoressa noi siamo una famiglia unita, gli abbracci e la presenza per noi sono tutto.

Il contatto è una delle forme di linguaggio e di comunicazione più intense che ci sia, è quello che veicola un legame. In questo periodo di emergenza Covid-19 è drammaticamente mancata, molti sistemi familiari e di coppia ne hanno patito gli effetti.

- Salire, scendere, cambiare stanza, cambiare letto... tutto continua a cambiare. C'è sempre da fare, bisogna disinfettare le cose, cambiare lenzuola, cucinare per entrambi i nuclei abitativi, esserci per tutti.

Ad ogni tampone la famiglia si rimescola. L'impatto emotivo e relazionale di questo dinamismo si percepisce ad ogni telefonata. Milena è così impegnata, così indaffarata e così investita di responsabilità che ha sempre un tono forte e sicuro a telefono. La sua dolce voce da signora che conosce la vita e che ha incontrato la morte, lascia il segno ad ogni contatto.

- Io credevo toccasse a me, ho avuto un infarto a gennaio, preceduto da altri in passato, ho due stent e un'angioplastica, insomma dottoressa tutti a pensare a me e invece il Covid ha scelto mio marito, una roccia... Ora però non ci pensiamo, mia figlia è preoccupata per la sua famiglia ed io per tutti loro... Non c'è tempo, avete detto bene, non c'è tempo per fermarsi, una mamma che è anche nonna deve sempre seguire tutti, non ci possiamo permettere il tempo per crollare... arriverà ma non ora...

E intanto ora deve fare i conti anche con la forte sensazione di incompiuto del suo lutto: *- ...mio marito è morto e io non ero lì, non ho visto il suo corpo... nella mia vita c'è sempre stato, ma con tutto questo, mia nipote... insomma non ho avuto il tempo né la calma di salutarlo davvero... di giorno mi sembra di essere in un film, tutto irreali, tutto sfumato. Sento che manca qualcosa... come un impegno da finire... come un finale che aspetta di essere visto. La notte tutto ritorna, un film della mia vita, un continuo che poteva esserci, ciò che è stato e ciò che poteva ancora essere... e solo in quel momento la sua assenza si fa più vera.*

La continua preoccupazione vissuta ha relegato ogni addio, ogni adempimento e conclusione in un tempo sospeso in cui mettere ogni cosa: dolore, propositi, certezze. La mancanza di un rito sociale che proclami e rafforzi la fase del lutto, rimanda ad un domani ipotetico ogni conclusione.

Il centro delle attenzioni, delle paure e delle preoccupazioni di tutti è la nipotina più piccola, di soli 11 anni, che inizialmente aveva intensi sintomi febbrili, ma che poi risulta asintomatica:

- Quella piccolina è stata male, poi all'improvviso niente più, però ...che vuo' sta tranquilla!!! Io non posso avvicinarla, le sta vicino il padre... ma lei cerca la mamma. È dura, a volte troppo... ti viene da non pensarci più di tanto e andare da lei.

Milena, ne ha bisogno, non può perdere tempo... stare distanti, non amare con un abbraccio o una carezza sembrava impossibile da pretendere da una bambina... forse chi non poteva rinunciare a quel contatto era proprio lei.

E poi, a più riprese compare il senso di colpa. Alla ricerca di qualcuno a cui attribuire la responsabilità del contagio, ha scelto sé stessa e il marito.

- Spesso ci penso, ho un forte senso di colpa che mi perseguita, la mia nipotina è stata male, i ragazzi... è colpa nostra, mio marito è morto per il Covid... è colpa nostra...

A Milena manca molto la compagnia in presenza di una sua cara amica, la sente spesso ma ha capito che lei non riesce a comprendere fino in fondo quello che sta attraversando, dice di non avere voglia delle telefonate ripetitive, anche se sincere, di familiari e amici, ora si sente strana, infastidita.

- Dottoressa in fondo la valigia la possiamo pure portare insieme, ma il bagaglio è solo mio... non ce la fa a starmi vicino ma forse ora sono io che voglio essere lasciata un po' sola. Io non sono così, sono sempre disponibile, ora però mi sento infastidita da tutto e tutti e la cosa strana è che non mi dispiace. È vero in questo periodo il telefono ci ha permesso di non essere soli, di raggiungere chi è lontano, come le altre mie figlie e nipotini, ma ora basta, abbiamo bisogno di riassettarci e tornare a vivere la realtà, anche se è meno affollata.

Preso dalla moltitudine di avvenimenti che si sono susseguiti, non si era finora data uno spazio e un tempo per vivere le sue sofferenze. Col passare dei giorni si apre sempre più alla possibilità di vivere consapevolmente e intimamente la sua condizione e il suo lutto. L'insoddisfazione al cellulare ne è riprova. Consapevole che si è avviato il suo percorso di

elaborazione del lutto sono certa che ora, dopo tanto *fare*, si sia data la possibilità di essere. Posso salutarla lasciandole il numero aziendale per contattarmi se ne avesse bisogno. Di Milena conservo la sensazione di un *incontro* vero. Condividiamo emozioni che mi giungono chiare e dirette sia pur attraverso una comunicazione telefonica. In questo *setting* virtuale ho scoperto nuovi modi di essere per me inimmaginabili.

Filippo

Filippo, 59 anni, architetto e impiegato. Vive con la moglie e due figli, Gianni di 30 e Nicola di 24 anni.

Il 5 marzo Filippo inizia ad accusare sintomi inequivocabili, tosse e febbre. Risulterà poi positivo al tampone.

Il contagio è avvenuto nella sua sede lavorativa dove nei giorni precedenti altri suoi colleghi erano risultati positivi. La sua sintomatologia si aggrava tanto da richiedere un periodo di ricovero in terapia sub-intensiva e, alla dimissione dall'ospedale, tutta la sua famiglia viene messa in quarantena.

Nonostante la vicinanza con gli amici e i parenti mantenuta soprattutto attraverso i social, la condizione di isolamento e restrizione ha avuto per questa famiglia un carico emotivo molto pesante creando una diffusa condizione di ansia e panico.

Ad un primo contatto telefonico Filippo si dimostra molto restio ad accogliere l'offerta di aiuto, quasi infastidito della mia telefonata. Mi dice che per il momento vuole stare tranquillo, solo, e mi assicura che, se ne dovesse avvertire la necessità, mi scriverà all'indirizzo mail di riferimento del servizio. Dopo tre giorni dalla telefonata arriva la sua richiesta.

- Mi sento come Gennaro, il protagonista di 'Napoli milionaria'. Tornato dalla guerra non riesco a trasmettere agli altri la drammatica esperienza che ha vissuto. Anche io non riesco a parlare di quello che sto vivendo senza piangere e mi rimane dentro paura. Riesco a parlare con i miei familiari e qualche amico raro di vari argomenti però ancora non riesco a stare bene con me stesso. Ci provo a parlare, anzi a rispondere alle domande che mi fanno su quello che mi è accaduto ma spesso mi viene da piangere.

Ho la fortuna di avere dei cari amici. Tre, forse quattro. Eppure da quando sono stato ricoverato non mi sono più sentito neanche con loro. Non ci riesco. "M' mett' a paura" di parlare o ricordare quello che è successo. Quando sono da solo riesco a essere razionale e mi ripeto che devo superare e smettere, so che dovrò prima o poi superare questo brutto periodo facendolo diventare un ricordo, una esperienza. Non è facile!

La paura fa parte di noi, anzi, per noi Campani acquista una valenza ancora più forte. E' come un vestito che indossiamo, infatti, diciamo "m' mett' paur" (come ben sottolinea Filippo). Come tutti gli abiti di cui ci siamo stancati, che si consumano o che non ci piacciono più, li dismettiamo. Credo che in questo particolare momento della vita, la

paura svolga una funzione e l'immagine di Gennaro, il protagonista di Napoli milionaria, la richiami: il suo ritorno è quello della coscienza di quanto va accadendo, è un ritorno che rappresenta e impone un'inevitabile crisi che non può reggere di fronte agli occhi di chi ha sofferto.

- Portando la mente lontana per evitare le buche più dure e per tenermi lontano dalla paura, ho visto che per Eduardo De Filippo Il 'filo rosso' è la famiglia. In 'Napoli milionaria', nel 'Sindaco del Rione Sanità', e in molte altre, il personaggio agisce sempre, in fondo, per costruire o preservare la famiglia. Quasi la famiglia sia quel centro di gravità permanente che vorremmo afferrare.

In ospedale io ho cercato motivi per odiare i miei, perché volevo allontanarli da me, come quando si lanciano fuori le persone per metterle in salvo dal tetto che sta crollando.

Una malinconica attesa del meglio resiste ed è sintetizzata nella battuta finale di Gennaro: "Addà passà 'a nuttata". Il messaggio è di cauta speranza, non di ottimismo, ma è rivolto ai timori di tutti quelli che sono in dolorosa attesa.

- Oggi a casa stiamo insieme e la nottata "adda passà"!

Le confido che scrivo spesso di Eduardo perché ancora non so dire senza piangere cosa è successo. La ringrazio del suo suggerimento di scrivere, perché scrivere è ragionare, studiare, nell'accezione latina di cercare di capire, mi tiene occupata la mente. Comunque grazie per l'ascolto.

Dopo due mesi Filippo risulta negativo al tampone. Sta cercando di andare avanti. Non riesce ancora a contattare gli amici e i parenti ma si tiene impegnato dedicandosi al giardinaggio, qualcosa di manuale, mettendo in pratica gli insegnamenti del nonno contadino.

- Ho ripreso a passeggiare in riva al mare. Il Covid ci ha messo di fronte a qualcosa che non pensavamo affatto. Mia moglie mi dice che sono insopportabile e intollerabile ma a me vengono in mente i giorni in ospedale. Intorno a me le persone si lamentavano, urlavano, non sopportavano il ventilatore e se lo strappavano, c'era chi aveva perso la testa e diventava aggressivo per il dolore, io sono rimasto sempre lucido. Vicino al mio letto uno dei primi giorni è morto un uomo. Piangevo in silenzio sotto il ventilatore, i dolori erano molto forti e per resistere ho pregato e ho pensato. Quante cose che ho fatto ma, anche, quante non fatte. La crisi è come un uragano, ti travolge ma ti fa capire anche che c'è la vita.

Nando, Ornella e Angela

Nando, 51 anni, impiegato. Vive con la moglie Angela, casalinga, e le sue figlie Ornella e Emma, rispettivamente di 24 e 16 anni, studentesse. Il padre, Francesco, è morto di Covid-19 senza che abbia potuto né vederlo prima del decesso né poter celebrare funerali.

Al momento del primo colloquio con **Nando**, Angela è ricoverata in terapia intensiva da oltre un mese e il resto della famiglia è in quarantena in attesa di praticare il tampone,

sono tutti segregati in casa.

Il padre di Nando è deceduto per Covid-19 circa due mesi prima. La madre, Rosa è Covid-19 positiva, vive da sola approvvigionata dai servizi di protezione civile e ignora che il marito sia deceduto.

Nando nel corso dei colloqui appare come avvolto in una nuvola, quasi uno stato *stuporoso*, incredulo di quello che gli accade intorno, sembra non averne una piena coscienza. Appare impenetrabile. Con le sue figlie si muove come un automa, non riesce a organizzare la vita quotidiana, spesa, cucina, pulizie, bucato e neppure si rende conto del carico che, tacitamente, si è riversato sulla figlia primogenita, Ornella, che si occupa di tutto, come meglio può.

- In verità io non parlo tanto con loro, non so cosa dire, certamente sono molto preoccupate per la madre... di che parliamo? il discorso va sempre là.

La sua attenzione è polarizzata sulle condizioni della moglie, ricoverata. Non riesce ad esprimere, a sé stesso innanzitutto, il terrore che possa seguire le stesse sorti del padre.

- Sì, mia moglie ce l'ha il cellulare con sé ma non è in condizioni di usarlo... ogni giorno mi dicono che è stazionaria, sempre la stessa cosa.

Neppure quando la moglie torna a casa sembra recuperare la lucidità, quasi che in quel corpo, dipendente e ammalato, non riconosca ancora sua moglie.

- E' stata dimessa ma ha avuto delle complicanze, è debole e non deambula, ha perso il tono muscolare e ce ne vorrà... ora sta nella sua camera, deve stare ancora isolata, non la vedo molto... c'è pericolo di un nuovo contagio...

Tutto quello che lo circonda nella realtà domestica resta per lui secondario e trascurabile... nemmeno registra la sofferenza che vivono le sue figlie. Gli propongo di sollecitarle a contattare il nostro servizio.

Ornella è la prima che ci chiede aiuto, non senza titubanza e diffidenza.

Appare attonita per tutto quello che sta capitando, lo vive come un incubo irrealistico di cui *non si intravede la fine*. È tuttavia più lucida e presente del padre.

- Oltre due mesi fa è morto mio nonno di Covid-19. Viveva con la moglie, mia nonna, che a oggi ancora non sa che il marito è morto, nessuno di noi ha avuto il coraggio di dirglielo. Mio nonno è morto in ospedale senza nessuno vicino e ora non so dov'è... non abbiamo potuto fargli un funerale. Come facciamo a parlarne con nonna se viviamo il terrore che possa succedere la stessa cosa pure a mamma: dall'ospedale ogni giorno la solita laconica risposta: "È stazionaria"... e che significa, che sta per guarire o che sta per morire? Come me la devo immaginare? ...cerco di non dormire per non avere incubi... Poi alla televisione vedo che al nord portano via i morti con i camion militari...

Avverte forti i confini di incomunicabilità che si sono creati in casa e ne soffre.

Siamo tre in casa ma è come se ciascuno vivesse da "solo". Ognuno si vive da "solo" il dolore

e l'angoscia per paura di caricare anche sugli la propria sofferenza. Per questo mi fa piacere questo contatto con voi, posso parlare con qualcuno senza danneggiare loro e meno male che si è convinta anche mia sorella... Era una ragazza solare e felice e ora si è chiusa come un riccio e sono preoccupata per lei.

Ornella racconta casa è la più abituata della famiglia a sopportare le situazioni difficili a causa di una malattia che l'ha temprata e resa più coriacea fin da piccola. È stato naturale per lei, anche come figlia femmina maggiore, accollarsi progressivamente tutte le incombenze domestiche.

- Da quando mia madre è rientrata a casa per me la situazione si è appesantita ulteriormente. Finora ho dovuto provvedere a tutto al posto di mamma. Aspettavo il suo ritorno per potermi rilassare. Mi illudevo che tutto tornasse come prima, che avrei potuto riprendermi il mio posto di figlia, di nipote, di sorella... mi sento prigioniera di questa situazione, non ce la faccio più! ... Ora più che mai, temo di crollare...

Unico conforto di Ornella è il contatto telefonico con Marco, il suo fidanzato. Sogna di poter fare quanto prima una passeggiata vicino al mare con lui. Questo pensiero l'aiuta a fuggire e recuperare, almeno fantasticamente, un senso di normalità.

- In occasione di questo primo giorno di "Fase 2" Marco mi ha fatto una sorpresa. Me lo sono trovato davanti all'improvviso e il mio cuore ha fatto un tonfo. Solo un attimo di stupore e di felicità ... poi la paura mi ha completamente paralizzata... non sono riuscita neppure a stringergli le mani. Volevo solo che andasse via, lontano da me, temevo di contagiarlo... non me lo sarei mai perdonato. In un attimo mi sono ritrovata a rifiutare la cosa che fino a un attimo prima desideravo di più. Questo virus mi ha sottratto anche la felicità che avrei dovuto provare incontrandolo!

Angela è stata ricoverata per oltre quaranta giorni, molti dei quali in terapia intensiva. Ha provato tanta paura, soprattutto quando è stata portata in ospedale, la paura per il caos di cui si sentiva parlare

- ... fino a che sono dovuta andare per forza...

la paura di non poter rivedere più la sua famiglia.

- Sono stata molto sfortunata perché, nonostante le attenzioni prese con mio suocero, mi sono contagiata. Sono stata due giorni con l'ossigeno e non riuscivo a mangiare. Sedici giorni in terapia intensiva dove ho pensato di morire e non rivedere più la mia famiglia. Quando mi hanno spostata in reparto è stato ancora più scioccante di quando ho scoperto di avere il virus. Non riuscivo a camminare, i muscoli si erano affievoliti. Ho dovuto fare fisioterapia da sola e aiutarmi con il deambulatore. Lì non puoi più vedere nessuno, a parte il personale sanitario bardato con tutte le protezioni dal virus. Come in un film, solo che è vero.

Quando contatto Angela è rientrata a casa ma è ancora in isolamento per altri 15 giorni. Lamenta forti dolori e difficoltà di deambulazione, nonostante ciò, si dice preoccupata

per le figlie e per tutto il carico che hanno dovuto e che ancora devono sopportare. Un atteggiamento più costruttivo, apparentemente improntato sulla progettualità e sulla riorganizzazione per il futuro, piuttosto che sulla disperazione o sull'evitamento.

Il contatto dura solo quattro telefonate e termina quando Angela dice di stare bene e che le cose in casa vanno meglio. Non ho la stessa sensazione. Temo piuttosto che voglia potersi crogiolare ancora un po' nel suo bisogno di negare la devastazione che il virus ha portato nella sua famiglia. Non è ancora pronta a prenderne piena consapevolezza e farsene carico. Si rende conto che i colloqui di supporto la solleciterebbero a riappropriarsi di emozioni che ancora non riesce a gestire.

- Vorrei recuperare un po' di quotidianità per sollevare le mie figlie da varie incombenze...

ma in realtà credo che Angela vorrebbe sollevarle da un dolore che nessuno ha potuto ancora rielaborare e che nessuno ancora ha la forza di affrontare.

Tonia

Tonia, 37 anni, infermiera di un ospedale della Regione. Vive in casa con i genitori anziani e una zia. Quando fa richiesta di supporto psicologico è ormai negativa ma la paura persiste.

- Sono sempre preoccupata di poter contagiare gli altri. I miei genitori anziani li ho visti troppe volte con la paura negli occhi quando rientravo da lavoro.

Tonia fa il tampone perché inizia ad avvertire vari sintomi: mancanza di respiro, dolori alla schiena, febbre, perdita di olfatto, gastroenterite. Già alcuni suoi colleghi erano risultati positivi nei giorni precedenti. Prima del contagio il suo lavoro era per lei una missione.

- Ho vegliato sui pazienti Covid, ma avrei voluto essere più presente, sarei voluta entrare nelle stanze per vedere se stavano dormendo serenamente, se avevano bisogno di qualcosa ma non potevo. Dobbiamo entrare solo per necessità. Ci sono pazienti che non sono capaci nemmeno di suonare il campanello. Questa situazione in cui ci troviamo è veramente folle! Sono giuste tutte queste precauzioni? L'uomo è fatto per la relazione, per il con-tatto e tutto ciò ci è privato dalle regole.

Quando ci sentiamo Tonia è spaventata, angosciata. Si sveglia spesso durante la notte. L'ansia le viene anche nel ripensare al suo lavoro, a questa fiacchezza che si porta dietro e che non le permetterebbe di avere le energie giuste per poterlo svolgere. Cerco di farla concentrare a ciò che mi ha detto circa l'importanza della relazione e anche a come ci siamo lasciate nell'ultima telefonata.

- Grazie dottoressa con lei oggi mi sento meno sola.

Le chiedo: "Tonia è capitato anche a lei di sentirsi dire 'grazie' per il suo lavoro?"

- Sì certo e quando ricevi un 'grazie' o un sorriso mi rendo conto che il nostro più grande lavoro, la nostra missione, consiste nel non far sentire nessuno solo, isolato, abbandonato.

Riflettiamo insieme su quanto la vicinanza, il conforto, il poter contare su un valido supporto nelle fasi di difficoltà è molto più importante di qualsiasi cura. Aver vissuto

direttamente un'esperienza come la sua, anche se terribile, rappresenta un'occasione per comprendere a pieno questa responsabilità e la valenza di questi fattori nel potenziare e valorizzare il ruolo di chiunque svolga una professione d'aiuto.

Concludendo

Come operatori, di fronte a situazioni come queste non resta altro che accettare di fermarsi e stare semplicemente lì, dare segnali di presenza e disponibilità ad accompagnare anche il silenzio e l'incapacità di aprirsi. Troppe ferite, tutte contemporaneamente, troppa emergenza ancora in atto, troppi elementi di incertezza: l'esito della malattia dei propri congiunti, la presenza drammaticamente attuale del virus, l'indefinitezza della durata del *lockdown*, la totale nebulosità del futuro... una cristallizzazione del tempo a tempo indefinito, la prigionia in una condizione vissuta come surreale... tutto confermato e alimentato dal puntuale e poco confortante aggiornamento dell'incubo in atto da parte dei media.

Per noi operatori nessun possibile elemento esterno a cui ancorare, per i nostri utenti, speranze e spiragli di proiezione futura, su cui costruire la ripresa di contatto con una realtà propositiva e consentire la riappropriazione del controllo sugli eventi della propria vita e sulle proprie emozioni.

Nulla di tutto questo, se non riuscire a contenere la nostra ansia di fare, accogliendo come unica strategia terapeutica possibile l'attesa, l'accompagnamento e la com-passione, intesa come empatica disponibilità a com-prendere la sofferenza dei nostri interlocutori, che diviene anche una nostra sofferenza, e accettarne le manifestazioni. E sentirsi efficaci così... Rinunciare all'idea onnipotente di dover e poter sempre, necessariamente, fare "attivamente" qualcosa.

Bibliografia

1. Brooks S, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet Psychiatry* 2020; 395: 912-920.
2. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *CMAJ* 2004; 170:793-8.
3. Tsang HW, Scudds RJ, Chan EY. Psychosocial impact of SARS. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1326-7.
4. Yip PS, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* 2010; 31: 86-92.
5. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185:127-33.
6. Rovetto F, Moderato P. *Progetti di intervento psicologico*. New York: McGraw-Hill, 2006.
7. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7 (3): 228-229.
8. Pesci S. *Sostegno psicologico e psicoterapia con il lutto e il lutto complicato*. Psicocittà, 2014.

9. Lindemann E. Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry* 1944; 101:141-148.
10. Marris P. *Widows and Their Families*. London: Routledge e Kegan Pau; 1958.
11. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Vol. 3. Torino: Boringhieri; 1980.
12. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Res* 1967; 11 (2): 213-8.
13. Saramago J. *As intemencias da morte*. Lisbona: Editorial Caminho; 2005.
14. NCTSN National Child Traumatic Stress Network. *Parent/Caregiver Guide to Helping Families Cope With the Coronavirus Disease 2019*. Los Angeles: 2020.

Sitografia

- <https://www.isfar-firenze.it/formazione/psicologia-del-lutto-modelli-descrittivi-pratica-clinica/>
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>
- <https://www.ptsd.va.gov>
- <http://www.torinomedica.org/torinomedica/linguaggio-e-covid-19-la-forma-della-lontananza/>
- <https://www.stateofmind.it/2020/03/covid19-paura-coping/>
- <https://www.ipsico.it/news/angoscia>
- <https://www.pazienti.it/contenuti/malattie/angoscia>
- <https://www.CSTSONline.org>
- https://www.researchgate.net/publication/296702540_Il_lutto_e_la_sua_elaborazione/citation/download

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Chat ConTatto! un intervento di supporto psicologico on line rivolto ad adolescenti e giovani adulti: esiti di una valutazione quantitativa e qualitativa

Chat ConTatto! an online psychological support intervention for adolescents and young adults: results of a quantitative and qualitative analysis

Roberta Alagna*, Maddalena Bazzoli**, Viviana Lisetti***, Manola Tognellini***

* *Dirigente Psicologo Usl Umbria 1*

** *Psicologo-psicoterapeuta Usl Umbria 1*

*** *Psicologo-psicoterapeuta*

Parole chiave: emergenza sanitaria Covid-19, chat sincrona, intervento psicologico, adolescenti, giovani adulti

RIASSUNTO

Obiettivi: nel recente periodo di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 si è assistito ad un drastico stravolgimento degli stili di vita quotidiani. L'obiettivo dell'articolo è quello di presentare la valutazione quantitativa e qualitativa dei dati del Servizio di consulenza psicologica tramite chat sincrona - chat ConTatto! rivolto ad adolescenti e giovani adulti attivata sperimentalmente nella Usl Umbria 1 in risposta all'emergenza Covid-19.

Metodi: l'articolo illustra i dati preliminari relativi al progetto sperimentale "Chat Con-Tatto!" dal giorno della sua attivazione ad Ottobre 2020. Per l'Analisi dei dati si è utilizzata una metodologia mista che ha previsto un'analisi quantitativa, descrittiva del campione e dell'affluenza al Servizio, e qualitativa relativa alle interazioni testuali della chat seguendo il metodo della Long Table Analysis di Krueger. Per estrarre le unità di analisi è stato applicato un metodo di campionamento sistematico.

Risultati: hanno avuto accesso alla chat un totale di 51 utenti, 42 dei quali hanno effettivamente avviato uno scambio chat con gli psicologi referenti. La fascia di età più rappresentata è compresa tra i 20 e i 27 anni, (M=21,32 DS= 3,82), F =67% M= 33%. In totale sono state effettuate 180 chat, con un picco di frequenza nel mese di aprile, con più di 50 chat/mese. La valutazione qualitativa ha evidenziato le seguenti aree tematiche: Bisogni emersi, Impatto dell'emergenza sanitaria, Problematiche progressive all'emergenza Covid, Chat ConTatto! e Fattori protettivi.

Conclusioni: grazie agli esiti della valutazione quantitativa e qualitativa è stato possibile verificare come l'intervento di supporto psicologico online tramite chat sincrona "Chat Con-Tatto!" rappresenti uno

strumento innovativo nel contesto delle attività di promozione della salute e di prevenzione. L'impatto e l'efficacia dimostrate dallo strumento si collocano in linea con i dati della letteratura scientifica.

Keywords: Covid-19 health emergency, synchronous chat, psychological intervention, adolescents, young adults

SUMMARY

Objectives: the health emergency of the Covid-19 pandemic brought about a drastic change in everyday lifestyles. The goal of the article is to present a quantitative and qualitative evaluation of data gathered by the psychological counseling service via a synchronous messaging system – Chat Con-Tatto!. Aimed at adolescents and young adults, the service was activated experimentally within USL Umbria 1 in response to the Covid-19 emergency.

Methods: the article presents the preliminary data gathered during the experimental project “Chat Con-Tatto!” from the day of its activation to October 2020. A mixed methodology was used to analyse the data: a quantitative, descriptive analysis of the sample and of access to the service, and a qualitative analysis of textual interactions within the chat following Krueger's “long table” analysis method. A systematic sampling method was applied in order to extract the analysis units.

Results: a total of 51 users accessed the online chat system, 42 of which actually initiated an exchange with the psychologists on duty. The most represented age group is that of people between 20 and 27 years of age, ($M = 21.32$ $SD = 3.82$), $F = 67\%$ $M = 33\%$. In total, 180 online chats were conducted, with a peak of more than 50 chats/month during April. Our qualitative assessment highlighted the following thematic areas: emergence of needs, impact of the health emergency, issues predating the Covid emergency, Chat ConTatto!, and protective factors.

Conclusions: thanks to the results of our quantitative and qualitative assessments, it was possible to demonstrate that online psychological support interventions via the synchronous messaging system Chat Con-Tatto! represent an innovative tool in the context of health promotion and primary prevention activities. The demonstrated impact and effectiveness of the tool are in line with data in the published scientific literature.

Introduzione

L'emergenza nazionale dovuta alla pandemia di Covid-19 ha comportato uno stravolgimento degli stili di vita quotidiani e delle dinamiche relazionali con ripercussioni sulla salute psicologica della popolazione (1); è verosimile ritenere che gli esiti sulla salute potrebbero essere, in alcune circostanze, tali da sopraffare l'individuo (2) e comportare un aumento esponenziale della sofferenza psicologica associata a diversi quadri clinici, soprattutto trauma-correlati.

Contributi scientifici (3-5) hanno sollevato un allarme sul malessere degli adolescenti e le possibili reazioni di disagio, collegate al confinamento e alle misure adottate per arginare e prevenire la pandemia, includono comportamenti disadattivi, di evitamento, angoscia emotiva, risposte difensive (6) e si ipotizza che tali effetti negativi potrebbero avere conseguenze a lungo termine (7-8).

Un recente articolo (9) rileva nei bambini ed adolescenti un aumento di ansia,

attacchi di panico, comportamenti ossessivo-compulsivi, stress aspecifico, altri sintomi apparentemente correlati alla pandemia o riacutizzazioni di disordini psichiatrici preesistenti (10).

Sulla base di queste premesse, nel mese di marzo 2020, il Distretto del Perugino dell'Azienda Sanitaria USL Umbria 1 con il supporto del Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia, grazie alla collaborazione della rete aziendale della Promozione della Salute e con il sostegno del Servizio Programmazione Sanitaria della Direzione Regionale Salute e Welfare, ha attivato sperimentalmente in risposta all'emergenza Covid-19, la Chat "Con-Tatto"; un Servizio di consulenza online di supporto psicologico per adolescenti e giovani adulti al fine di promuovere un'azione di prevenzione con l'obiettivo di interrompere il possibile innesco di un processo psicopatologico e più in generale di favorire e mantenere il benessere dei ragazzi.

La scelta di proporre uno spazio di ascolto online nasce non solo dalla volontà di superare le barriere imposte dal lockdown per raggiungere i giovani, ma dalla constatazione che la cosiddetta "generazione Internet", nata e cresciuta in simbiosi con le nuove tecnologie, le utilizza a scopi, tra cui la richiesta di aiuto e di ascolto, impensabili per chi appartiene alle generazioni precedenti. L'intento di questo progetto è quello di intervenire sui meccanismi che favoriscono o ostacolano il benessere di questa fascia d'età, in questa crisi epocale, e lanciare una sfida per pensare a nuove opportunità di promozione della salute, di prevenzione, intercettazione precoce del disagio e cura utilizzando gli strumenti che offre il mondo del web. D'altronde quando ci rivolgiamo alla fascia d'età degli adolescenti e giovani adulti, indipendentemente dall'emergenza legata alla pandemia, dobbiamo ripensare i servizi territoriali esistenti e gli spazi di ascolto tradizionali, dove i giovani, che già hanno difficoltà a chiedere un aiuto professionale, sono poco propensi ad accedervi e dove il disagio non patologico o non ancora tale non può essere accolto perché i servizi sono orientati all'alta complessità. Si ricorda che maggiore è il divario temporale tra l'esordio dei sintomi, la richiesta di aiuto e la presa in carico dei Servizi Sanitari e maggiore è l'impatto negativo sulla vita sociale, scolastica e sul futuro professionale e relazionale dell'individuo.

L'accesso a Internet permette l'ingresso in uno spazio digitale che è anche psicologico. I meccanismi psichici e le dinamiche di gruppo in gioco nella realtà virtuale si discostano in parte da quelli consueti e sono stati solo recentemente oggetto di indagine nella letteratura scientifica. La possibilità di comunicare senza vincoli di tempo e di spazio permette alle persone di sentirsi realmente parte di una comunità all'interno della quale ogni mente è collegata alle altre, una comunità che possono plasmare e modellare in modo attivo. La dimensione relazionale è l'elemento centrale che caratterizza la vita nella rete ed è determinata dai significati condivisi e rinegoziati via via dagli utenti durante le

Chat ConTatto!: Gli obiettivi dell'intervento psicologico
Rispondere tempestivamente a richieste di aiuto e sostegno emotivo
Chiarire il significato del proprio malessere attuale e costruire strumenti per affrontarlo al fine di prevenire l'instaurarsi di disagio futuro;
Contenere le ansie e le paure che in questo momento potrebbero crescere in maniera esponenziale, fino a strutturarsi in un Disturbo da Stress Post-Traumatico.
Dare supporto emotivo e incoraggiamento verso una necessaria nuova ri-organizzazione della vita
Individuare e attivare il patrimonio di risorse di cui l'individuo dispone per elaborare e superare le difficoltà espresse

Tabella 1 - Gli obiettivi dell'intervento psicologico (11)

loro comunicazioni online. *“Internet non è un unico ambiente ma molti ambienti”* (12) e di conseguenza tali comunicazioni avvengono attraverso *“una grande varietà di esperienze”* che vanno a definire diversi campi psicologici o spazi di vita le cui caratteristiche influenzano il comportamento degli individui generando specifici fenomeni psicologici. Uno studio (13) sull'utilizzo della messaggistica online da parte degli adolescenti ha sottolineato come, per le nuove generazioni, i messaggi telefonici non sono *“scrittura”* ma *“conversazione”*. Questo dato ci conferma come oggi la differenza tra scrittura e comunicazione orale stia scomparendo.

Inoltre, alcune ricerche si sono occupate della *“self-disclosure”* negli spazi online (14), ossia di quanto le persone rivelino particolari intimi di sé, forniscano informazioni più dettagliate e in modo più diretto e rapido rispetto a quelle che darebbero negli ambienti offline. Il sentimento di fiducia (15) nei confronti della rete è l'elemento centrale che favorisce l'accesso e la divulgazione delle informazioni personali; una sorta di atto di fede, un'adesione totale ed incondizionata, dove entrare in una comunità virtuale significa accettarne come vere e valide informazioni, consigli e opinioni. Si sottolinea quanto nella realtà online le persone si percepiscono più libere e autentiche, riescano a esprimere il loro Sé alla ricerca della realizzazione dei loro bisogni psicologici e sociali che spesso risultano insoddisfatti negli ambienti offline (16). Questo aspetto appare estremamente interessante se riferito agli adolescenti e a quanto il contesto virtuale possa favorire l'opportunità di far emergere e narrare aspetti della propria identità penosi o imbarazzanti, sentimenti di vergogna e vulnerabilità.

Lo spazio della rete si connota come un luogo in cui gli individui si raccontano con sincerità soprattutto grazie all'anonimato, all'invisibilità, alla mancanza di un contatto

visivo, favorendo un incremento di competenze personali come lo sviluppo di una maggiore autoconsapevolezza, capacità di condivisione, sostegno emotivo e un aumento di comportamenti prosociali.

Il mondo virtuale diviene, soprattutto per gli adolescenti, un luogo per esplorare un insieme complesso di relazioni flessibili, perennemente in costruzione e potenzialmente anonime ed è proprio per questi aspetti che appare estremamente interessante l'offerta di un intervento psicologico declinato in questo spazio "altro".

L'efficacia degli interventi psicologici su Internet sono stati convalidati per una varietà di disturbi mentali in diversi studi randomizzati controllati (17-19) come per esempio, il trattamento e la riduzione di sintomi ansiosi e depressivi (20-21), il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress (22), la prevenzione di episodi depressivi (23), la riduzione della sintomatologia dopo il primo esordio psicotico (24) e la riduzione della sintomatologia correlata ai disturbi del comportamento alimentare (25). Gli studi di follow-up circa gli effetti della terapia condotta online riportano risultati significativamente duraturi a distanza di 5 anni dal termine del trattamento (26).

Nella letteratura emerge che gli adolescenti rivestono la fetta di popolazione più sensibile agli effetti della terapia attraverso vie virtuali, sincrone o asincrone (27); la seduta virtuale suscita meno timore soprattutto per affrontare tematiche particolarmente delicate come quelle legate alla sessualità.

Una ricerca sui fattori (28) che facilitano i giovani a richiedere una consulenza psicologica in chat online ha evidenziato 5 dimensioni prevalenti:

1. la distanza fisica contribuisce a creare un senso di elevata privacy;
2. la natura anonima delle conversazioni aiuta le persone a narrare e ad affrontare gli aspetti di sé più vulnerabili;
3. il mezzo permette ai giovani di avere più controllo nella gestione del setting online;
4. i giovani si sentono più a loro agio e sicuri;
5. il mezzo permette di favorire una richiesta di aiuto consapevole e orientata.

Tali risultati suggeriscono quanto l'utilizzo di questo strumento permetta di superare alcuni limiti della consulenza vis a vis favorendo la relazione d'aiuto tra adolescente e adulto.

A tal proposito, numerosi sono gli studi che hanno esplorato la qualità delle relazioni sviluppate e mantenute online in riferimento al concetto di alleanza terapeutica, poiché tale costruito è fortemente correlato al buon esito della terapia indipendentemente dall'orientamento (29).

È interessante notare che nel complesso gli studi hanno riportato che l'alleanza che si instaura online è adeguata al lavoro terapeutico ed è sufficiente per facilitare il cambiamento psicologico (30-31) come per esempio favorire miglioramenti nel benessere percepito, nell'autostima, nella qualità di vita e nel sentimento di speranza.

Per le ragioni sopra elencate, con questo contributo si intende presentare i principali risultati emersi dallo studio di valutazione qualitativa del progetto di ascolto psicologico online tramite chat, un servizio pionieristico che ha saputo accogliere la sfida di misurarsi con nuove modalità di ascolto in rete. Un ulteriore obiettivo è quello di indagare e mettere in evidenza i vissuti, i bisogni degli adolescenti e dei giovani adulti a fronte dell'emergenza sanitaria.

Setting e standard organizzativi

Le psicologhe psicoterapeute che hanno lavorato nella Chat hanno seguito le raccomandazioni e le linee guida del CNOP (Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi), in merito alle prestazioni psicologiche via internet e a distanza (32).

A ogni primo accesso l'utente ha ricevuto un messaggio di benvenuto con una descrizione degli obiettivi e delle regole di funzionamento del servizio e uno relativo al consenso informato al trattamento dei dati personali e alla privacy. Nel caso di utenti di età inferiore a 14 anni veniva esplicitamente richiesto l'affiancamento e quindi il consenso di un genitore. Nella prima fase, fino a 6 luglio 2020, la chat ha goduto di 4 aperture settimanali pomeridiane, mentre successivamente è stato necessario ridurre le aperture a 2. Le richieste pervenute fuori dall'orario prestabilito venivano accolte e rimandate negli orari di apertura.

Le Psicologhe, nell'accogliere l'utente, si presentavano con il proprio nome e con la qualifica professionale. Al fine di agganciare l'utente e lavorare alla costruzione di un rapporto di fiducia, è stata riposta particolare attenzione ai momenti di apertura e chiusura della chat. Gli utenti sono stati accolti anche rispettando il loro bisogno di anonimato: alcuni infatti hanno preferito presentarsi con un nickname, non dichiarando i propri dati personali.

Inoltre grazie ad un meccanismo di turnazione tra i vari operatori gli utenti hanno avuto la possibilità di chattare con specialisti di formazioni diverse potendo così usufruire di approcci e metodi differenti.

Considerando le peculiarità dello strumento-chat, che non consente uno scambio verbale o paraverbale, si è tentato di avvicinarsi al linguaggio giovanile evitando il ricorso ad una terminologia tecnica ed avvalendosi il più possibile di un modo di interloquire fresco, spontaneo e fruibile, che prevedesse l'utilizzo di emoticons così importanti e necessarie nel dare una connotazione emotiva alla conversazione scritta.

Risultati della valutazione dell'intervento

Qui di seguito si riportano i dati relativi al progetto sperimentale "Chat Con-Tatto!" dal giorno della sua attivazione, 23 marzo 2020, al 31 ottobre 2020. Si è utilizzata una metodologia mista, avvalendosi sia di un'analisi quantitativa che qualitativa.

Analisi quantitativa

Nel periodo di riferimento hanno avuto accesso alla chat un totale di 51 utenti, 42 dei quali, dopo aver ricevuto e approvato il consenso sulla privacy, hanno effettivamente avviato uno scambio chat con uno degli psicologi online. Gli utenti che hanno usufruito del servizio sono per il 67% di sesso femminile [n 28] e per il 33% di sesso maschile [n 14] ed hanno un'età media di 21,32 anni (DS= 3,82). Per quanto riguarda la provenienza, rileviamo che 25 ragazzi [60%] è residente in Umbria, 11 [26%] sono residenti fuori regione e di 6 ragazzi [14%] non abbiamo informazioni disponibili (Tab. 2).

Caratteristiche dei partecipanti	
sesto femminile, N (%)	28 (67%)
sesto maschile, N (%)	14 (33%)
età, M (DS)	21,32 (3,82)
provenienza regione Umbria, N (%)	25 (60%)
provenienza fuori regione, N (%)	11 (26%)
Provenienza non nota, N (%)	6 (14%)

Tabella 2 - Caratteristiche socio anagrafiche del campione

La fascia di età più rappresentata risulta essere quella compresa tra i 20 ed i 27 anni [50%]. Un numero minore proviene dalla fascia di età 17-19 anni [31%] e da quella compresa tra i 14 ed i 16 anni [12%]. Due utenti [5%] avevano un'età superiore ai 27 anni e di 1 utente [2%] non abbiamo informazioni a disposizione (Grafico 1).

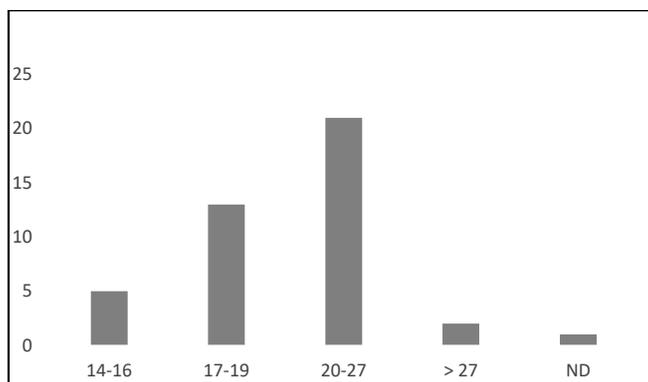


Grafico 1 - Caratteristiche socio anagrafiche del campione

Sono state gestite un numero complessivo di 180 chat la durata media delle singole sessioni è stata di 1h e 28 minuti (durata minima 9 minuti e durata massima 2h e 31 minuti).

Per quanto concerne la frequenza di chat/mese (Grafico 2) rileviamo che il picco si è avuto nel mese di aprile, con più di 50 chat/mese. Gli accessi hanno subito un calo importante nel mese di giugno (si ricorda che in tale mese si è avuto un allentamento e rimodulazione delle misure restrittive per il contenimento della pandemia) per poi ritrovare un nuovo aumento nel mese di luglio dove si sono tenute più di 20 chat/mese. Dalla sua apertura ad oggi, la chat ha visto una progressiva diminuzione degli accessi e questo dato è da leggere non solo in relazione all'adattamento degli individui alla situazione sanitaria ma anche come effetto dell'interruzione della promozione del Servizio tramite i canali ufficiali e negli Istituti Scolastici del territorio resosi necessario dalla drastica riduzione delle risorse di personale.

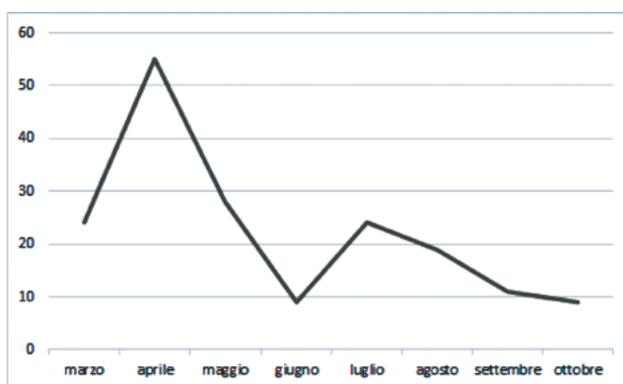


Grafico 2 - Distribuzione chat/mese

Per quanto riguarda la frequenza di accesso degli utenti, si è arbitrariamente scelto di suddividere il tipo di intervento in: a) intervento breve, nei casi in cui l'utente si è collegato fino ad un massimo di 4 volte; b) intervento continuativo, nei casi in cui l'utente ha usufruito del servizio più di 4 volte.

L'intervento breve risponde strettamente alle necessità dell'emergenza sanitaria, quello continuativo alle richieste di supporto psicologico più strutturate. Date queste premesse abbiamo riscontrato come l'81% [n 34] degli utenti rientra nella tipologia di intervento breve mentre il restante 19% [n 8] in quello continuativo.

Analisi qualitativa

Metodologia

La ricerca qualitativa si basa sull'analisi delle interazioni testuali prodotte dagli utenti del Servizio.

È stato utilizzato il metodo di campionamento sistematico per estrarre le unità di analisi, selezionando un'unità per ogni intervallo di $K=N/n$, dove K rappresenta l'intervallo di campionamento, N l'ampiezza della popolazione di riferimento ($N.105$ chat) e n l'ampiezza del campione ($n.23$ chat da estrarre). L'analisi qualitativa dei testi delle chat è stata effettuata seguendo il metodo della Long Table Analysis di Krueger; i dati sono stati categorizzati e ordinati secondo una mappa concettuale grazie alla quale è stato possibile costruire un modello descrittivo ed interpretativo in grado di illustrare dettagliatamente le aree tematiche emerse durante il dialogo con gli utenti. In appendice è possibile visionare la mappa e osservare come la grandezza del testo si diversifichi a seconda della numerosità dei verbatim presenti nelle categorie rappresentate: una categoria molto rappresentata ha un font più grande rispetto ad una categoria poco rappresentata.

Risultati

Sono emerse cinque macro-categorie declinate in diverse sotto-categorie: (A) Bisogni emersi, (B) Impatto dell'emergenza sanitaria, (C) Problematiche preesistenti all'emergenza Covid, (D) Chat ConTatto! e (E) Fattori protettivi. Accanto a ogni macro-categoria e sotto-categoria sono riportati dei codici identificativi illustrati nella mappa concettuale e alcune frasi (verbatim) rappresentative delle categorie.

(A) Bisogni Emersi: in quest'area vengono descritte le motivazioni che hanno spinto gli utenti all'utilizzo della chat: il bisogno di avere un'esperienza di sintonizzazione emotiva trova una risposta nella professionalità dello psicologo, a differenza dei pari e di altre figure di riferimento. La spinta motivazionale sembra connessa ad un bisogno interiore e non ad aspetti contingenti legati all'emergenza sanitaria in atto.

Risultano centrali il **Bisogno di parlare e di essere ascoltati (A1)** da un esperto "avrei bisogno di parlare con qualcuno" e il **Bisogno di parlare delle proprie esperienze affettive (A1.1)** "posso cominciare a parlare di una storia d'amore". L'utente in questi casi, si rivolge alla chat per cercare, con l'esperto, narrazioni che permettano una comprensione maggiore di una o più relazioni significative. Emerge anche il **Bisogno di autenticità (A2)**, cioè di comunicare la propria storia e il proprio disagio cercando di esprimersi in senso completo, senza paure e filtri particolari, "per trovare qualcuno che mi ascoltasse in tutto e per tutto senza dovermi trattenere o nascondere parti di me" e il **Bisogno di comprendere/capire (A3)** "Sono qui per capire da dove piano piano riprendere, verso cosa canalizzare i miei pensieri in questo momento".

(B) Impatto dell'emergenza sanitaria: Il perdurare di una percezione di rischio riguardo alla propria sopravvivenza e a quella di persone care può esporre a una situazione di stressor ambientali multipli capaci di determinare risposte di stress acuto, disturbi dell'adattamento e, nei casi più seri, disturbi post-traumatici da stress. Gli utenti della chat hanno riportato vari **Sintomi di Distress (B1)** che sono stati sotto-categorizzati in:

-**Somatizzazioni (B1.1)**: intesi come presenza di sintomi fisici che provocano disagio e difficoltà significative nella vita quotidiana e non riconducibili a cause organiche, bensì provocati da una sofferenza psicologica, *“se mangio mi viene il mal di stomaco costantemente”*

-**Difficoltà di concentrazione (B1.2)**: vissute frequentemente come fonte di preoccupazioni, *“Sono soltanto un po' preoccupata perché non riesco a concentrarmi come vorrei con lo studio”*

-**Sintomi dissociativi (B1.3)**: espressi attraverso una sensazione di distacco dall'ambiente circostante, che appare irreali, distorto o come in un sogno *“l'altro pomeriggio, mentre passeggiavo, vedevo male, sembrava di essere in un altro mondo”*.

-**Alterazioni nella sfera sonno-veglia (B1.4)**: da intendersi come comuni reazioni a eventi stressanti che producono uno stato di allerta costante e conseguenti difficoltà di rilassamento e addormentamento *“Sono stata giorni senza dormire con il panico di avere il Covid”*. Gli utenti hanno riportato sintomi di insonnia, frequenti risvegli notturni, incubi e in alcuni casi una vera e propria inversione del ciclo sonno-veglia.

-**Alterazioni nell'ambito dell'alimentazione (B1.5)**: espresse attraverso la presenza di condotte restrittive *“in alcuni giorni li salto tutti (i pasti)”* con una conseguente e significativa perdita di peso *“ho perso parecchio peso”*.

Accanto a manifestazioni sintomatologiche specifiche emerge con forza un'area tematica che riguarda l'Emotività espressa (B2) declinata nelle seguenti sotto-categorie:

-**Timore del contagio (B2.1)**: configurato come un limite allo svolgimento delle attività piacevoli della vita quotidiana e come fonte di importanti preoccupazioni *“ogni volta che uno dei miei famigliari tossisce, si soffia il naso, ho paura che abbia l'influenza e che quindi me la possa attaccare”*. Alcuni utenti, come reazione alla paura di essere stati contagiati, riferiscono di aver sviluppato un'attenzione selettiva ai sintomi fisici *“...sentendo i vari sintomi che le persone hanno per questo virus, io me li sentivo”*.

-**Senso di impotenza (B2.2)**: vissuto che tipicamente si associa alle situazioni in cui le risorse e le potenzialità del singolo appaiono sproporzionate rispetto alle richieste dell'ambiente, contribuendo a generare sentimenti di sopraffazione ed inutilità *“...si aggiunge un senso d'impotenza, so che stando a casa faccio la mia parte ma vorrei essere utile sul campo”*.

-**Ansia (B2.3)**: emozione molto frequente nelle narrazioni degli utenti, si manifesta non solo come motivazione che spinge alla richiesta d'aiuto, ma anche come espressione di una condizione di sofferenza *“fatico a gestire l'ansia”*. È correlata sia alla lettura della situazione presente che alla prospettiva futura. Vengono spesso riportati, come causa di disagio, i correlati fisiologici dell'ansia.

-**Tristezza (B2.4)**: vissuto che emerge in risposta alla pandemia e alle misure di contenimento messe in atto per arginarla *“dopo tutto questo tempo a casa, ieri sera mi è presa una crisi (non la prima) di pianto che non so nemmeno spiegare il motivo principale”*

-**Rabbia (B2.5)**: si configura come reazione alla nuova condizione imposta dall'epidemia

“E poi allo stesso tempo sono anche molto incazzata per le persone che non usano nemmeno le precauzioni”.

- **Percezione di benessere (B2.6):** emerge in risposta alle limitazioni imposte dal lockdown “ora come ora sto bene”.

Con l'emergenza sono repentinamente cambiate le condizioni di vita e di conseguenza anche le regole che sottostanno alle **Relazioni sociali/interpersonali (B3)**. Sono state identificate le seguenti sottocategorie:

- **Famiglia (B3.1):** il vivere chiusi in casa e a stretto contatto con i familiari ha inciso negativamente sulla qualità delle relazioni creando delle situazioni di disagio “questi giorni stanno diventando sempre più difficili nella mia famiglia”; difficoltà che hanno portato alcuni giovani a regire isolandosi e a sottrarsi a tali relazioni.

- **Relazioni significative extra-familiari (B3.2):** si rileva sia la presenza di un bisogno di ricercare la vicinanza dei pari e delle relazioni affettive “mi manca molto la fidanzata”, che rappresentano il primario nucleo supportivo per gli adolescenti, sia la mancanza di desiderio nelle relazioni interpersonali extra-familiari “ora però mi pesa chattare...non sento la loro mancanza”.

Il dispiegarsi dell'analisi qualitativa ha messo in evidenza la categoria Attività della vita quotidiana (B4); i giovani, fino ad allora abituati a vivere un'agenda piena di impegni e di uscite con i coetanei, si sono trovati ad affrontare difficoltà in diversi ambiti:

- **Difficoltà in ambito scolastico-universitario (B4.1):** legate al timore per il futuro “il fatto di fare la maturità quest'anno non sapendo cosa ci aspetterà” e nel portare avanti lo studio “come tutti in Italia in questo momento sto seguendo le lezioni on line e non vanno benissimo, è piuttosto faticoso restare concentrati attraverso uno schermo”.

- **Frattura fra un prima ed un dopo (B4.2):** gli utenti hanno riportato riflessioni relative all'improvviso cambiamento nelle attività legate alla vita quotidiana come se si creasse una vera e propria frattura “sono una volontaria di croce rossa, solitamente quando ho dei momenti no vado a fare servizio perché è il mio posto felice ma in questo momento non posso (i genitori non vogliono farmi uscire di casa)” con tutta la difficoltà di investire nuovamente in tali attività “L'idea di rifare le cose che facevo prima mi stressa”.

Alcuni utenti riportano come **l'Influenza dei mass media (B5)** con immagini e video sul coronavirus spesso catastrofiche, ridondanti e invadenti si sia configurata come un vero e proprio fattore stressogeno “i giornali spammano informazioni ovunque... sembra sia la fine del mondo”

(C) Problematiche pregresse all'emergenza Covid: Questo tipo di problematiche trovano nella condizione legata al lockdown un terreno di maggiore riflessione, consapevolezza e spinta alla domanda d'aiuto, come se lo stare chiuso in casa si traducesse in una dimensione in cui il fermarsi diventa un'occasione e anche una necessità di pensare. Molti utenti hanno formulato una domanda rispetto a **Difficoltà nelle relazioni significative extra-**

familiari (C1), relazioni che presentavano già da prima dell'emergenza dinamiche che avevano necessità di essere espresse e prese in carico *“mi sento pieno di paure e paranoie... ogni tanto mi capita di pensare che magari qualcuno sta parlando di me o che magari mi considera stupido”*. Alcuni utenti hanno descritto **Difficoltà nelle relazioni familiari (C2)**, dinamiche disfunzionali accompagnate spesso da intenso dolore e/o rabbia, *“mia sorella approfittava di ogni discorso per dare contro a tutti”* e dal sentimento di impotenza e frustrazione rispetto al cambiamento *“Diciamo che anche prima della quarantena e il virus, la mia famiglia è sempre stata con una certa mentalità, in quanto si comportano da comandanti e impongono le cose, pensa che non mi facevano neanche dormire dal mio ragazzo a casa sua e anche in varie cose della mia vita hanno voluto decidere o mi hanno giudicata”*. Si tratta di difficoltà sperimentate all'interno del contesto familiare che si amplificano conseguentemente all'obbligo di una stretta convivenza. Alcuni utenti chiedono aiuto rispetto a **Difficoltà nell'ambito scolastico universitario (C3)**, spesso viene sottolineata la scarsa capacità di organizzazione nello studio mista a sentimenti d'ansia e frustrazione rispetto ai risultati ottenuti *“sto rimandando gli esami perché sono convinta che non so studiare, non ho un buon metodo, mi faccio prendere troppo dal panico... ho un esame il ... e già sto pensando di rimandarlo”*. Infine alcuni utenti hanno manifestato **Difficoltà emotive (C4)** che riferiscono come pregresse e per le quali chiedono supporto. In questa categoria rientrano alcuni casi inviati ai Servizi territoriali, avendo valutato in equipe la gravità e l'urgenza dei sintomi espressi. Emerge un'emotività spesso legata a sintomatologia ansiosa che può anche sfociare in attacchi di panico *“ho attacchi di panico dall'ultimo anno delle superiori”* e vissuti di tristezza e sofferenza connessi ad aspetti relazionali *“certamente mi trovo nella fase acuta della sofferenza”*. Alcune domande sono relative a compulsioni riguardo ordine/pulizia, o paura delle malattie, *“se ho un po' di mal di pancia ho subito paura che mi venga la diarrea e/o il vomito”*, alcune a sintomi depressivi importanti tali da potersi inquadrare in ideazioni suicidarie *“vorrei essere al loro posto”* (riferito alla visione di video di ragazze morte).

(D) Chat ConTatto!: Riguarda le considerazioni degli utenti relative all'esperienza della chat da diverse angolazioni. **Il Riconoscimento dell'utilità del servizio offerto (D1)**, della sua valenza positiva e degli aspetti innovativi legati allo strumento chat *“ma questo servizio che è stato creato per il Covid poi rimarrà aperto... Quando ne avevo bisogno un anno fa non c'era”* si declina nelle seguenti sotto-categorie:

- **Gratitudine (D1.1)** espressa al termine delle singole sessioni di chat attraverso espliciti ringraziamenti accompagnati da emoticons, faccine che sorridono, salutano e mandano baci, *“Grazie per queste parole, mi fanno bene. Grazie dei suggerimenti”*. È questo il momento in cui frequentemente gli utenti esprimono nei confronti dell'operatore con cui hanno dialogato parole di riconoscenza, le quali, data la rotazione delle figure professionali nelle diverse sessioni di apertura, sembrano rivolte al Servizio e all'opportunità di trovare uno

spazio d'ascolto con quelle specifiche caratteristiche.

- **Miglioramento dello stato emotivo (D1.2)** *descrive la capacità degli utenti di valutare i cambiamenti dello stato emotivo con il proseguire del supporto della chat: "sotto 0 i primi di marzo quando tutto iniziò, un mese fa ci sta 3 o 4, ora 6 o 7", "ora sto bene" (a termine di una sessione di lavoro).*

- **Riconoscimento delle abilità di coping apprese (D1.3)**, esprime il potersi riconoscere in un processo di cambiamento rispetto a dei comportamenti disfunzionali, il prendere consapevolezza del proprio termometro emotivo e il saper trovare le parole per esprimerlo e dividerlo. Si tratta di abilità di vita che vanno a incrementare il sentimento di fiducia in sé e negli altri e la percezione di auto-efficacia: *"mi sento sicuramente più in grado di affrontare mia sorella, non ho più paura di quello che potrebbe dire"*.

L'analisi ha messo in luce un'area tematica che riguarda il **Riconoscimento dei vantaggi dell'uso dello strumento chat (D2)** dove si trovano racchiuse le osservazioni degli utenti riguardo ai benefici ricavati dall'uso dello strumento rispetto a un vis a vis: *"comunque preferisco on line come stiamo facendo ora non di persona anche perché mi chiederebbero dove vai..."*. Il **Riconoscimento del ruolo dello psicologo (D3)** come categoria che racchiude alcune riflessioni fatte dai ragazzi intorno alla qualità dell'ascolto e alla funzione riflessiva propria della professione dello psicologo, dimostrando che nonostante la peculiarità dello strumento si creino le condizioni per un rapporto empatico e di fiducia. Emerge la capacità di raccogliere con semplicità ed esattezza lo specifico di una relazione che rappresenta lo strumento elettivo del lavoro psicologico: *"Però le cose che mi dici tu, mi fanno più effetto, è come se mi fossi affidato e mi fido, degli altri di meno"*.

(E) **Fattori Protettivi** è l'ultima macro-categoria all'interno della quale sono emersi due costrutti associati alla resilienza: le **Risorse personali (E1)** e le **Strategie comportamentali di fronteggiamento (E2)**. Nel primo caso si tratta di caratteristiche individuali di personalità che favoriscono l'adattamento positivo e forniscono una certa stabilità alla struttura dell'Io. Tra queste si evidenziano:

- **la Capacità di riflettere su di sé (E1.1)**: come osservazione e analisi del proprio mondo interno, e come strumento fondamentale di conoscenza di sé *"Per me è importante capire... perché è un tassello della mia vita che ha portato la mia vita stessa ad essere come è adesso"*.

- **la Capacità di stare nel qui ed ora (E1.2)**: si riferisce alla capacità di vivere il momento presente abitando uno stato di consapevolezza attiva che tutela la persona dal rimanere intrappolata nel passato o nel futuro *"quel che è successo è successo... importa che io sia qui e adesso e importa come devo muovermi nella situazione di adesso"*.

- **la Razionalizzazione (E1.3)**: come meccanismo di difesa adattivo che risponde al bisogno dell'essere umano di vivere il proprio comportamento come logico e coerente *"cerco di viverla nel modo più razionale possibile"*

- **la Capacità di riprendere la progettualità futura (E1.4)**: esprime la capacità di

riorganizzare in maniera creativa aspetti importanti della propria vita superando le difficoltà generate da eventi imprevisi e perturbanti, “*penso che il primo passo quando finirà la quarantena sarà cambiare la camera... in più penso che prenderò un gatto, è una cosa che voglio fare da molto e ho deciso che questa è l'occasione giusta*”.

- **la Capacità di nutrire speranza (E1.5):** come possibilità di confidare in una riuscita positiva degli eventi quando incombono difficoltà o contrarietà. “*Spero che con la fine della quarantena le cose vadano meglio, penso che con mia sorella ormai non ci possa essere un rapporto ma che con mia madre le cose possano migliorare*”.

Tra le *Strategie comportamentali di fronteggiamento (E2)* messe in atto al fine di ridurre l'impatto delle condizioni stressogene legate al lockdown emerge:

- **il Mantenere l'attività lavorativa (E2.1):** grazie alle nuove possibilità di sperimentare un modo diverso di lavorare (es. smart working) un numero consistente di persone ha potuto proseguire la propria attività lavorativa senza subire drastiche interruzioni “*faccio la social manager aggiungerei per fortuna, dato che sto continuando a lavorare e fare cose nonostante la pandemia*”.

- **il Dedicarsi ad attività piacevoli (E2.2):** mantenendo il più possibile le abitudini quotidiane e ponendo un'attenzione particolare a quelle piacevoli, è stato possibile garantire alle giornate un senso di continuità, di “normalità” e di piacevolezza “*i weekend cucino, mi guardo serie, mi riposo per bene*”

- **il Dedicarsi all'attività sportiva (E2.3):** praticare attività fisica, come ad es. semplici esercizi di ginnastica, è risultato un naturale antidepressivo “*faccio esercizio a corpo libero in camera*”

- **il Coltivare contatti sociali (E2.4):** scegliere delle persone con cui è possibile avere rapporti positivi ha favorito l'instaurarsi di un processo di supporto reciproco “*parlo costantemente con i miei amici e il mio ragazzo sui social*”.

- **il Limitare l'esposizione alle fonti di informazione (E2.5):** si è configurato come fattore protettivo in considerazione del fatto che un'esposizione prolungata e continua alle varie fonti di informazione può amplificare lo stato di allerta ed enfatizzare stati emotivi come ansia e paura “*basta che non apro Facebook e non ho più notizie del Covid-19. Appena lo apro mi escono. Sto cercando di limitare da questo punto di vista*”.

Conclusioni

La chat è stata promossa all'inizio della sua apertura sui canali ufficiali dell'Azienda Sanitaria locale e nelle scuole del territorio. A partire da agosto e a causa del venir meno delle risorse della rete non è stato possibile rilanciarla e nonostante questo le richieste sono continuate e continuano ad arrivare.

È stata l'occasione per aprire una fase di riflessione sulla validità e sostenibilità del progetto che ha avuto esiti positivi tanto che la chat è stata inserita all'interno del piano

di intervento regionale per adolescenti e giovani adulti.

Tenendo conto della valutazione quantitativa, qualitativa e dei vissuti degli psicoterapeuti, analizzati tramite un focus group dai colleghi della rete della promozione della salute della Usl Umbria 2, possiamo trarre alcune considerazioni.

La prima è l'immediatezza e la fluidità con cui i ragazzi riescono ad aprirsi e raccontarsi online riguardo anche a contenuti penosi e carichi di vergogna; non ha rappresentato per loro una scoperta ma di certo lo è stata per gli operatori sanitari formati e abituati a lavorare in un setting vis a vis. Altrettanto sorprendente è stato verificare l'efficacia dell'intervento in linea con i dati riportati dalla letteratura scientifica.

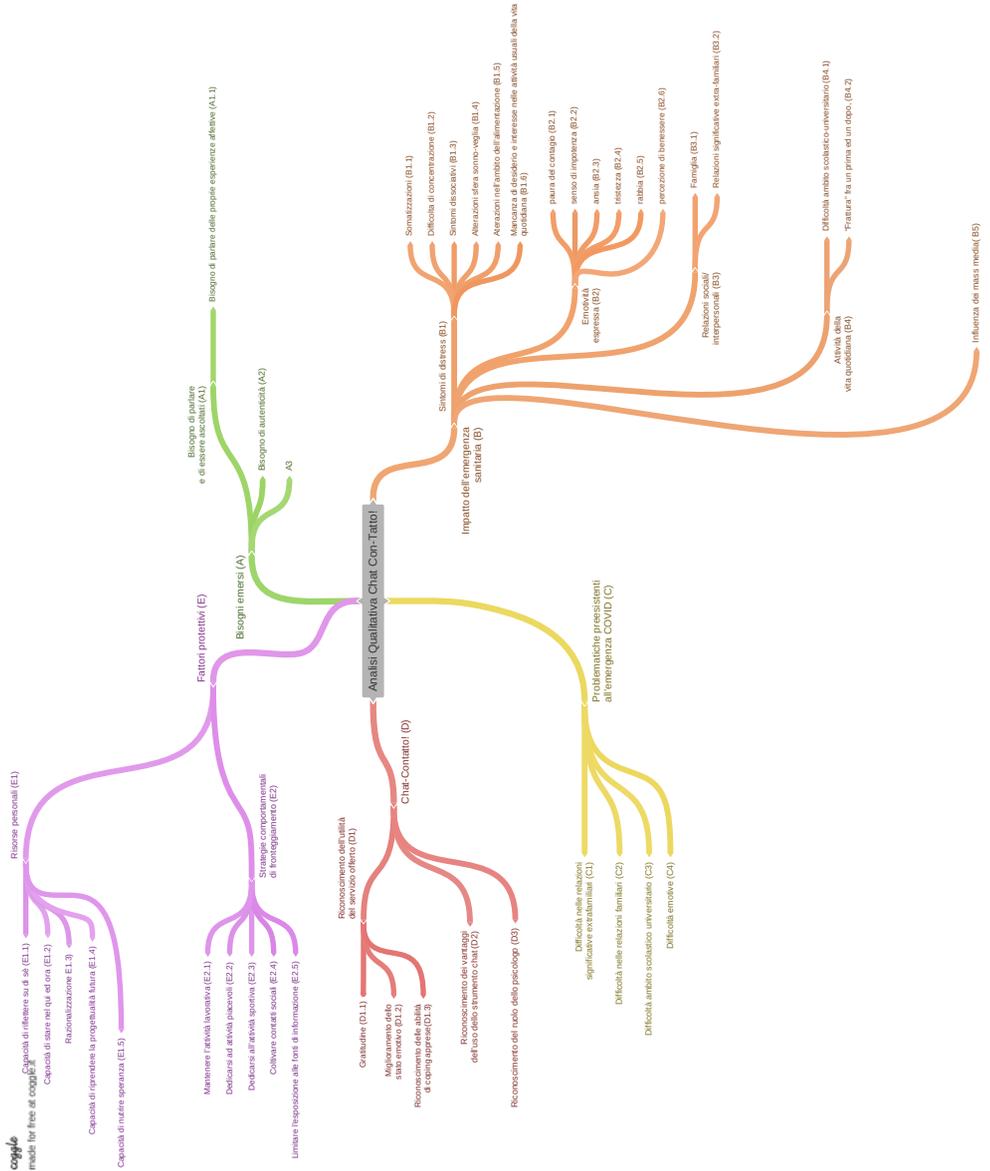
Dai dati quantitativi, nello specifico dalla valutazione della frequenza della richiesta, si evidenzia che il picco dell'affluenza è stato durante il lockdown, in accordo con il mandato del servizio: rispondere prontamente all'emergenza in atto. Appare una differenza di genere nei termini di una prevalenza di richieste al femminile, coerentemente con una differenza culturale che sembra permanere nella capacità di chiedere aiuto e nella maggiore dimestichezza con il mondo delle emozioni. Emerge una difficoltà a intercettare la fascia d'età 14-16 anni, la meno rappresentata, in linea con i dati dei servizi tradizionali.

La valutazione qualitativa porta alla luce come di fronte ad alcuni grandi temi della vita con cui la pandemia ci ha costretto a confrontarci come l'incertezza, la vulnerabilità, la malattia e la morte i nuovi adolescenti siano spesso impreparati, incapaci di tollerare la frustrazione e il dolore mentale; per alcuni ragazzi il corpo e il mondo degli affetti appaiono oggetti sconosciuti e non parti integrate del sé; prende forma l'immagine di una famiglia disgregata che non è punto di riferimento e che non riesce ad assolvere alla sua funzione di contenimento e supporto; il focolare domestico diventa un luogo dove sembra convivano tanti adolescenti, ognuno immerso nelle proprie difficoltà.

All'interno di un quadro di sofferenza legato all'incapacità di gestire i fattori di stress connessi alla pandemia e all'amplificarsi di condizioni pregresse di disagio più o meno strutturato, come spiragli di luce, emergono alcune risorse/abilità. In primis la qualità relativa alla capacità di chiedere aiuto, che presuppone l'essere consapevoli di un bisogno e il riconoscimento della specifica della professione dello psicologo; queste osservazioni scaturiscono dalle parole dei ragazzi e dal rispetto di un setting poco strutturato e non convenzionale; confermando come i giovani cerchino e possano trovare risposte nei luoghi che abitano. Riteniamo che il *cybercounseling* rappresenti uno strumento differente e innovativo nel contesto delle attività di promozione della salute e di prevenzione.

Concludendo, ci auguriamo che questa fruttuosa esperienza possa continuare e diventare prodromica ad altri interventi innovativi rivolti alla fascia d'età degli adolescenti e giovani adulti, nella consapevolezza che abbiamo bisogno di tempo per capire l'impatto che la pandemia ha avuto e avrà sui "nativi digitali".

APPENDICE



Bibliografia

1. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A et al. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM-INT J MED* 2020; 113 (8):531-537.
2. Antonicelli T, Capriati E, Laforgia A et al. Emergenza COVID-19: aspetti psicosociali e buone prassi per promuovere il benessere psicologico. *Psicoterapeuti in-formazione* 2020; numero speciale Covid-19; 41-55.
3. Wagner KD Addressing the experiences of children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *J Clin Psychiatry* 2020;81(3):20.
4. Danese A, Smith P, Chitsabesan P et al. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *Br. J. Psychol.*, 216(3), 159-162.
5. Liu JJ, Huang Y, Shi J et al. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc. Health* 2020; 4: 347-349.
6. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F Mitigate the effects of home confinement on children the COVID-19 outbreak. *Lancet* 2020; 395:945-947.
7. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc. Health* 2020, online June 12, 2020.
8. Golberstein E, Wen H, Miller B Corona-virus disease 2019 and mental health for children and adolescents. *JAMA Pediatrics* 2020; 14 (9):819-820.
9. Phelps C, Sperry L Children and the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma-Us* 2020;12: 73-75
10. Hougaard J, Rhode C, Norremark B et al. Editorial perspective: covid-19 pandemic related psychopathology in children and adolescents with mental illness. *Clin. Child Psychol. Psychiatry* 2020; in press.
11. Alagna R, Bazzoli M, Tognellini M Chat Con-Tatto! Covid-19: adolescenti in emergenza. *La Salute Umata* 2020; 279:28-31.
12. Wallace P *La psicologia di internet* Raffaello Cortina Editore, 2017.
13. Lenhart A, Purcell K, Smith A et al. Social media & mobile internet use among teens and young adults. *Pew Internet & American Life Project* 2010 February 3.
14. Barak A, Gluck-Ofri O Degree and reciprocity of self-disclosure in online forums. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2007; 10:407-417.
15. Bargh JA, McKenna KYA The internet and social life. *Annu. Rev. Psychol* 2004; 55: 573-590
16. Barak A Psychological aspect of cyberspace. Theory, research, applications. Cambridge, University press, 2008.
17. Andersson G The internet and CBT: a clinical guide. Boca Raton: CRC press, 2014.
18. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M et al. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J Technol Hum Serv* 2008; 26 (2-4):109-160.
19. Dowling M, Rickwood D Online counselling and therapy for mental health problems: a systematic review of individual synchronous intervention using chat. *J Technol Hum Serv* 2013; 31.
20. Wagner B, Horn AB, Maercke A Internet based versus face to face cognitive behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *J. Affect. Disord.* 2014; 152-154.
21. Stephens-Reicher J, Metcalf A, Blanchard M et al. Reaching the hard to reach: how information communication technologies can reach young people at greater risk of mental health difficulties. *Australas Psychiatry* 2011; 19 (1)58-60.
22. Lange A, Van De Ven JP, Schrieken B et al. Interapy, treatment of post traumatic stress through the Internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2001; 32(2): 73-90.
23. Iloabachie C, Wells C, Goodwin B et al. Adolescent and parent experiences with a primary care/

- Internet-based depression prevention intervention. *Gen Hosp Psychiatry* 2011; 33(6): 543-555.
24. Alvarez-Jimenez M, Lederma R, Wadley G et al. Horyzons study: online recovery for youth onset psychosis. *Early intervention in Psychiatry Conference Proceedings* 2010; 4(25).
 25. Grover M, Naumann U, Mohammaddar L et al. A randomized controlled trial of an internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol Med* 2011; 41(12): 2581-2591.
 26. Hedman E, Furmark T, Carlbring P et al. A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *J. Medical Internet Res.* 2011; 13 (2).
 27. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H Perceived barriers and facilitators to mental help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10:113-122.
 28. Papacharissi Z, Rubin AM, predictor of Internet use. *J Broadcast Electron Media* 2007; 44:175-96.
 29. Horvat AO, Luborsky L The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61 (4):561.
 30. Hanley T The working alliance in online therapy with young people: preliminary findings. *Br J Guid Counc* 2009; 37 (3): 257-269.
 31. King R, Bambling M, Reid W et al. Telephone and online counseling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance, *Couns Psychother Res* 2006; 6(3): 175-181.
 32. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web. Commissione Atti Tipici Osservatorio e Tutela della Professione, Roma 2017.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutte le psicologhe della Rete della Promozione della Salute dell'Azienda Sanitaria Usl Umbria 1 che hanno lavorato nella chat, il Direttore del Distretto Sanitario del Perugino, la Referente aziendale della Attività di Promozione della Salute e il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia per averlo reso possibile.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Neuropsichiatria Infantile e Pandemia. La narrazione come risorsa ai tempi del CoVid-19

Child Neurology and Psychiatry in a Pandemic. Narration as a resource during CoVid-19

Aurora Piaggese, Giulia Bini, Silvia Carpi, Barbara Parrini, Stefania Bargagna

IRCCS Fondazione Stella Maris

Parole chiave: Medicina Narrativa, COVID-19, Storytelling, Neuropsichiatria infantile, Medical Humanities

RIASSUNTO

Introduzione: nel corso dei mesi di gennaio e febbraio 2020 un gruppo di operatori dell'Istituto di Riabilitazione (IRC) dell' IRCCS Fondazione Stella Maris di Calambrone (Pisa) e di genitori dei loro pazienti con varie forme di disabilità dell'età evolutiva si sono sottoposti a un periodo di formazione in Storytelling e Medicina Narrativa ai fini di uno studio pilota incentrato sulla comunicazione in ambito terapeutico. A seguito di tale formazione, tutti i partecipanti allo studio sono stati istruiti sulle procedure e iniziative da perpetrare con i nuovi strumenti acquisiti nei sei mesi successivi. Tuttavia, colti dalla pandemia da CoVid-19 soltanto un mese dopo l'inizio dello studio, molti dei partecipanti al progetto si sono trovati in lockdown presso le loro abitazioni e pertanto impossibilitati a frequentare l'istituto, svolgere le regolari attività terapeutiche e mettere in atto ciò che avevano appreso nelle modalità previste.

Obiettivi: indagare come la formazione in Storytelling e Medicina Narrativa può essere stata una risorsa utile anche durante l'esperienza inaspettata della Pandemia.

Metodi: non potendo verificare sul campo se le risorse acquisite nel corso della formazione e le conseguenti pratiche di scrittura e racconto orale fossero state utili ai partecipanti in ambito terapeutico, in aprile sono stati somministrati loro dei questionari online creati appositamente per acquisire informazioni sul loro stato emotivo in questa situazione, con l'obiettivo di effettuare una valutazione sull'efficacia della narrazione come strumento di supporto emotivo e comunicativo in un momento di eccezionale stress personale e sociale. Le aree di analisi di tali questionari riguardavano lo stress personale, il rapporto con i propri familiari e figli, il rapporto con il proprio lavoro e con i propri colleghi, nonché il rapporto tra il sé e l'altra parte dell'alleanza terapeutica: i genitori dei pazienti e i pazienti stessi per gli operatori, le terapisti e le dottoresse per i genitori.

Risultati: nonostante i numeri dei partecipanti al progetto siano piccoli, è stato già possibile notare degli interessanti riscontri. I risultati ottenuti indicano che tra i partecipanti allo studio, coloro che avevano

ricevuto la formazione in narrazione e stavano cercando di mettere in pratica quanto appreso avevano attivato maggiore resilienza, manifestavano minore rabbia e frustrazione e avevano cercato maggiormente di entrare in contatto con altri per chiedere o fornire aiuto e supporto emotivo. Coloro che avevano ricevuto gli strumenti per formulare in ottica narrativa la situazione in cui si trovavano e, sotto forma di diario, le emozioni che stavano vivendo, hanno trovato un prezioso alleato grazie al quale superare il senso di disperazione e smarrimento. Disponendo gli eventi, attraverso la scrittura o la narrazione orale, in un ordine logico consequenziale, sono stati in grado di dare maggiormente un senso alla situazione e a superare l'ansia del qui e ora, coltivando una prospettiva più lungimirante. Infine, e questo lo si è visto soprattutto con gli operatori, coloro che avevano ricevuto la formazione, hanno cercato maggiormente di mettersi in contatto con l'altro, dimostrando maggiore empatia nei confronti dei pazienti e delle famiglie, rispetto a coloro che non erano stati formati.

Conclusioni: abbiamo di conseguenza dedotto che aver ricevuto una formazione in Storytelling e Medicina Narrativa e aver messo in pratica esercizi di narrazione e scrittura stia aiutando gli operatori quanto i genitori ad affrontare emotivamente e psicologicamente questo difficile momento storico.

Keywords: Narrative Medicine, COVID-19, Storytelling, Child Neuro-psychiatry, Medical Humanities

SUMMARY

Introduction: during January and February 2020 a group of Health Care professionals from Istituto di Riabilitazione (IRC) at IRCCS Fondazione Stella Maris, Calambrone (Pisa) and of parents of their patients affected by various kinds of physical and cognitive disabilities endured in an education period in Storytelling and Narrative Medicine for a pilot study focused on communication in therapeutic contexts. After this period of education, all the participants were instructed on procedures and initiative to pursue with their new acquired knowledge in the course of the following six months. Nevertheless, after the CoVid-19 outbreak in Italy, only after one month after the beginning of the study, many of the participants found themselves in lockdown in their homes and unable to go to the institute, attend to the therapy sessions and apply what they had learned how it was asked them to do.

Objectives: to investigate how training in Storytelling and Narrative Medicine may have been a useful resource even during unexpected experience of Pandemic.

Methods: unable to verify on location if the resources acquired during education and the consequent writing and story-telling practices had been useful to the participants in the contexts of therapy, in April we submitted to them original online surveys to gain information on their emotional state in this situation. We were aiming at evaluating the efficacy of storytelling as a tool for emotional and communication support during a time of particular personal and social stress.

The areas of analysis of these surveys were: personal stress, the relationship with children and family members, the relationship with one's colleagues and job, not to mention the relationship between the two parts of therapeutic alliance: the parents of the patients and patients themselves for the professionals and the doctors and therapists for the parents.

Results: despite the short number of the participants to the project, it has already been possible to notice interesting feedbacks.

The results obtained with the surveys are showing that, among the participants, those who had attended education in storytelling and were trying to apply with stronger resilience what they had learned, manifested less anger and frustration and tried more to keep in contact with others to ask or give emotional support. Those who were given the knowledge to perceive the condition they were experiencing in a narrative form and express their emotions in their journal, found a precious ally with which they managed to overcome their

sense of despair and confusion. Structuring the events in a consequential order, may it be through writing or oral Storytelling, helped them making a better sense out of the situation and overcoming the anxiety of the present moment. And finally, we also noticed, especially in the answers of the professionals, those among them who went through education tried to contact their patients more, even from home, showing bigger empathy toward them and their families than those professionals who did not attend the course.

Conclusion: consequently we have deduced that undergoing an education in Storytelling and Narrative Medicine and practicing writing and telling exercises is helping both the professionals and the parents to face from a psychological and emotional point of view this difficult moment in time.

Introduzione

La Medicina Narrativa è una metodologia clinico-assistenziale codificata dalla dottoressa Rita Charon che favorisce un approccio olistico alla cura del paziente, stimolando nel *caregiver* la “competenza narrativa” di conoscere e lasciarsi toccare dalle storie dei pazienti (1). Come suggerisce Rita Charon, l’approccio narrativo implica per gli operatori saper rispondere alla domanda: “cosa è importante che io sappia di te adesso?”

La narrazione del paziente e degli operatori diviene quindi elemento imprescindibile della medicina contemporanea, perché comunicazione e sostegno di qualità aumentano le percentuali di successo. Ascoltare con maggior attenzione la storia del paziente, significa coglierne maggiormente i bisogni e quindi decodificare con più chiarezza la domanda per fornire una risposta più condivisa, costruire con maggior complicità un progetto di cura dove anche i pazienti siano davvero protagonisti del processo di cura.

Lo Storytelling è “una tecnica di costruzione orale di una narrazione a partire da una struttura e dalle immagini di una storia” (2).

Lo studio pilota originale avviato dalla Fondazione Stella Maris, a partire dal quale è stato possibile raccogliere le considerazioni che seguiranno è uno studio prospettico controllato con l’obiettivo di valutare le potenzialità dello Storytelling integrato alla Medicina Narrativa nella comunicazione all’interno di contesti terapeutici di pazienti minori con problemi neuropsichiatrici e verso i loro familiari.

Sfortunatamente la diffusione, a partire da metà febbraio, della pandemia da nuovo coronavirus (CoVid-19) ha costretto a casa tutti i bambini, la maggior parte dei loro genitori e sospeso un considerevole numero di servizi presso l’istituto.

Questo eccezionale avvenimento ha imposto a tutte le attività svolte dalla Fondazione Stella Maris una fase di “stand by” conseguente all’impossibilità di mantenere i consueti rapporti tra gli operatori, i pazienti e i loro genitori. Alcuni operatori hanno tentato di mantenere un rapporto con i loro pazienti attraverso attività telematiche, altri hanno proseguito, quando possibile, le attività in sede. In molti si sono sentiti spaesati e spaventati dalla situazione.

In questa nuova e inaspettata condizione è stato necessario trovare dei punti di riferimento,

sovertiti nell'arco di pochi giorni: dalla fretta alla lentezza, dalle troppe attività a nessuna attività, dall'iperattività ad ampi spazi vuoti. In quei giorni le famiglie si sono trovate a gestire i figli per tutte le ore della giornata con limitazioni a frequentazioni di altre famiglie o di coetanei. In molte situazioni si sono attivate risorse dimenticate, di organizzazione e gestione del tempo con i parenti, in altre il nervosismo e la preoccupazione hanno preso il sopravvento.

Per una persona disabile le restrizioni sono state ancor più severe per motivi di rischio reale della malattia e per la maggiore difficoltà a trovare attività realizzabili e per la scomparsa degli aiuti ordinari. L'aver in famiglia un figlio con disabilità è una condizione complessa per tutto il nucleo familiare. La cura del bambino è, generalmente, deputata unicamente alla mamma – teoria che le percentuali di genere dei genitori partecipanti allo studio dimostra - che sarà alleggerita da questo compito solo all'ingresso del bimbo/ bimba nella scuola. Una situazione che è venuta a mancare in seguito alle norme anti contagio per il CoVid-19. La solitudine, il senso di precarietà nelle relazioni sociali rende particolarmente difficile la vita e le interazioni. Il tempo per svolgere qualsiasi attività di lavoro o di svago, per una famiglia che si confronta quotidianamente con la disabilità, è veramente molto poco anche in condizioni "normali": possiamo immaginare come sia difficile gestirsi con una famiglia, magari con più figli di età diverse e uno con disabilità dello sviluppo.

Le disabilità dello sviluppo sono un gruppo di condizioni complesse caratterizzate dall'esordio in età infantile, coinvolgenti varie funzioni della vita di relazione, fra queste le più comuni sono i disturbi dello spettro autistico e le disabilità intellettive, in entrambe le condizioni esiste difficoltà d'interazione sociale, difficoltà comunicative, un uso povero del gioco, e spesso si associano a disturbi della regolazione emotiva e a problemi di comportamento con viraggi verso l'iperattività o aggressività. Il percorso scolastico e la riabilitazione affiancano normalmente il paziente e la famiglia. Per far sì che questo accompagnamento sia efficace fra il paziente e la sua famiglia l'operatore/i di riferimento deve creare una comunione di interessi che sostanzia l'alleanza terapeutica.

La IRCCS Fondazione Stella Maris ha attualmente in carico circa 160 bambini che hanno un'esperienza di trattamento piuttosto lunga, di alcuni anni, data la gravità dei disturbi; si deve creare pertanto un legame importante fra il paziente e l'equipe curante, una relazione di supporto per la famiglia e un ruolo motivante per l'operatore. L'evento CoVid-19 ha interrotto gli scambi quotidiani e costretto gli operatori e famiglie a rimanere a casa, con conseguenze pratiche ed emotive.

Impossibilitati a condurre la sperimentazione nei modi che ci eravamo costituiti, abbiamo spostato la nostra attenzione dall'interazione in ambito terapeutico alle conseguenze emotive e psicologiche che tale mancanza di interazione avrebbe potuto causare nei partecipanti al nostro studio. Ci siamo chiesti allora se la formazione

ai principi della Medicina Narrativa cui avevamo avviato un gruppo selezionato di partecipanti e l'applicazione delle tecniche dello Storytelling, pur nell'isolamento delle proprie abitazioni e lontano dalle figure della normale interazione terapeutica, potesse essere d'aiuto, come strumento di supporto emotivo e comunicativo in un momento di eccezionale stress personale e sociale.

Obiettivo

Abbiamo conseguentemente rivolto il nostro obiettivo a verificare se la formazione fatta ad alcuni operatori e genitori abbia fornito risorse emotivo-relazionali utili nell'affrontare lo stress da isolamento, precarietà e paura tipiche di questa emergenza sanitaria. Nonché apprendere se la Competenza Narrativa abbia contribuito al mantenimento della comunicazione e della relazione tra gli operatori e i *caregivers*, e anche dei genitori con i propri figli, e degli operatori tra loro.

Metodi

Lo studio è stato strutturato nel dicembre 2019 e avviato in gennaio 2020, con l'obiettivo di condurre la fase sperimentale fino alla fine dell'anno. I partecipanti sono stati selezionati e divisi in categorie in gennaio e la formazione è stata condotta in febbraio. In marzo è stata avviata la sperimentazione.

In aprile, a seguito della sopraggiunta dell'emergenza Covid-19 che ha portato a un quasi totale annullamento delle attività terapeutiche da poter svolgere in sede e, di conseguenza, delle interazioni necessarie allo studio, si è deciso di somministrare ai partecipanti i questionari sulla base dei quali sono basate le nostre considerazioni.

Attraverso l'analisi quantitativa delle risposte ottenute attraverso il questionario online, e dell'analisi qualitativa di alcune dichiarazioni scritte e di pagine di diario inviate, si è cercato di valutare se la formazione, le risorse ricevute e gli esercizi assegnati ai partecipanti aderenti alla formazione potessero essere di supporto ai genitori e agli operatori nell'affrontare emotivamente, in misura maggiore rispetto a coloro esenti da tale formazione, una situazione complessa come quella attuale.

Partecipanti

Hanno preso parte allo studio 40 genitori di pazienti minori di età media di 9 anni con disabilità dell'età evolutiva legata al Disturbo dello Spettro Autistico (DSA), alla Disabilità intellettiva e al Disturbo del linguaggio e, per tale ragione, frequentatori abituali dell'Istituto Riabilitativo di Calambrone (IRC) dell'IRCCS Fondazione Stella Maris e 17 operatori del personale sanitario di tale struttura tra medici, terapisti, psicologi, educatori e logopedisti. I genitori che hanno preso parte allo studio sono soprattutto di sesso femminile, l'80% del campione a fronte di un 20% di sesso maschile.

Tutti gli operatori e i genitori partecipanti al progetto hanno aderito a seguito della prescrizione di un consenso informato che illustrava loro le finalità e metodologie dello studio cui prendevano parte.

I partecipanti allo studio sono stati suddivisi in 4 categorie.

Il **Gruppo A** è composto da un'equipe medica e da genitori di minori con disabilità che vengono entrambi formati allo Storytelling e Medicina Narrativa; nel **Gruppo B** i genitori sono formati mentre gli operatori non lo sono; nel **Gruppo C** l'equipe medica è formata mentre i genitori non sono formati; nel **Gruppo D**, il gruppo di controllo, nessuno è formato, operatori e genitori proseguono ciò che fanno abitualmente.

Intervento formativo

I partecipanti alla formazione adeguatamente informati e consenzienti hanno preso parte a 16 ore di workshop, strutturato in due diverse giornate, affrontando sia teoricamente che attraverso esercitazioni pratiche i seguenti argomenti:

- Come il cervello umano funziona in relazione alla Comunicazione Narrativa
- La teoria e la pratica della Medicina Narrativa
- Come praticare l'ascolto attivo
- Come strutturare narrativamente un discorso all'interno di una comunicazione orale, con specifico rilievo alle comunicazioni di stampo terapeutico-assistenziale
- I principi chiave dello Storytelling orale: l'uso della voce, delle immagini, dei gesti e del linguaggio del corpo.

A seguito di tale formazione, pazienti/familiari ed equipe dei gruppi A e B e C avevano come obiettivo impegnarsi ad applicare l'ascolto attivo appreso nei due giorni di formazione nelle consultazioni e nei trattamenti, tenere un diario della loro esperienza, raccogliere le loro testimonianze in video (facoltativo). Gli operatori formati dovevano redigere una cartella clinica in forma narrativa, raccogliere le aspettative del paziente all'inizio del trattamento, annotare differenze e conformità tra quanto atteso e quanto realizzato.

Metodo di valutazione

Per valutare se questa esperienza formativa avesse una positiva ricaduta sul benessere psicologico delle persone, se facilitasse la relazione e la comunicazione tra le famiglie e gli operatori dell'IRC, sono stati sviluppati dei questionari ad hoc che tenessero conto della specificità della situazione attuale, e dei cambiamenti incorsi nel lavoro degli operatori e nella vita dei pazienti e dei genitori.

In particolare, sono stati creati due questionari, rivolti rispettivamente agli operatori e ai genitori dei pazienti. Tali questionari sono stati compilati online, in modo anonimo, e si

riferiscono in maniera specifica alle prime tre settimane di quarantena.

Per la costruzione dei questionari sono state individuate 5 aree tematiche (2 specifiche per i genitori, 2 specifiche per gli operatori e 1 in comune) da indagare in ciascun questionario.

- *Il benessere individuale:*

esplorato nella presenza di cambiamenti d'umore importanti, di ansia e preoccupazione, di episodi di rabbia o aggressività, e d'insonnia. Questo ambito è stato indagato sia negli operatori che nei genitori.

- *Gli atteggiamenti degli operatori nei confronti del lavoro e dei colleghi:*

è stato necessario valutare questo aspetto perché non tutti gli operatori hanno avuto la possibilità di lavorare in struttura durante la quarantena. Per cui è stato indagato il desiderio di andare al lavoro, di condividere la propria esperienza e di collaborare con i colleghi; è stata richiesta agli operatori l'auto-percezione di efficienza e adeguatezza del proprio lavoro, e il loro livello di soddisfazione lavorativa. L'importanza di indagare la suddetta questione è data dal fatto che in tale situazione di emergenza i professionisti dell'IRC si sono trovati a dover riorganizzare il lavoro e mettere in atto diverse strategie per portare avanti gli obiettivi terapeutici senza soccombere alla distanza fisica con i pazienti.

- *Le interazioni degli operatori con le famiglie e i pazienti:*

è stato chiesto a tutti i professionisti se avessero contattato i pazienti che non hanno potuto vedere fisicamente in reparto, se avessero in qualche modo mantenuto i rapporti con le famiglie dando loro supporto, ascolto, e fornendo dei consigli su come gestire la quarantena e portare avanti gli obiettivi terapeutici.

- *Il rapporto dei genitori con i propri figli:*

data la particolarità della situazione di vita in cui le famiglie sono costrette a vivere, è stato necessario valutare se i genitori avessero avuto difficoltà nella gestione dei figli a casa, nell'organizzazione di attività più o meno strutturate, se avessero avuto bisogno di aiuto.

- *La relazione tra i genitori e gli operatori dell'IRC.*

non tutti i genitori hanno portato i figli in reparto per le terapie che solitamente svolgono, per questo è stato indagato se i genitori avessero cercato di contattare i propri terapisti, se si fossero comunque sentiti supportati, consigliati e ascoltati, se fossero riusciti a trovare con i professionisti degli obiettivi e delle modalità di trattamento alternative, e se ritenessero sufficiente il supporto ricevuto a distanza.

In ciascun questionario sono state inserite 32 domande tra cui alcune di carattere generale, sull'età, il sesso, e inerenti alla situazione lavorativa, familiare e sociale attuale.

Mentre per valutare le tematiche precedentemente individuate sono stati articolati alcuni item relativi alle tre settimane antecedenti alla compilazione, formulati secondo le linee guida per gli item a prestazione tipica (3). Con modalità di risposta in scala Likert (da 1

a 4, o da 1 a 5) nel dominio della frequenza (Mai-Spesso) o nel dominio dell'intensità (Per nulla–Moltissimo). Sono state inserite due domande a risposte multiple per dare la possibilità di descrivere meglio alcuni comportamenti attuati (es. “ho fornito consigli ai miei pazienti”, “ho seguito i miei pazienti con teleriabilitazione”).

Alla fine di entrambi i questionari è stata richiesta una riflessione personale libera, di alcune righe, sulla propria esperienza in questo periodo così singolare.

Attraverso l'analisi quantitativa delle risposte ottenute con il questionario online, e dell'analisi qualitativa di alcune dichiarazioni scritte si è cercato di valutare se la formazione, le risorse ricevute e gli esercizi assegnati ai partecipanti aderenti alla formazione potessero essere di supporto ai genitori e agli operatori nell'affrontare emotivamente l'emergenza incorsa.

Attraverso un'analisi quantitativa delle risposte al questionario online e un'analisi qualitativa delle riflessioni scritte e di alcune voci del diario che i partecipanti ci hanno inviato, abbiamo mirato a valutare se le risorse acquisite da coloro che hanno partecipato alla formazione potrebbero essere di supporto concreto per una migliore gestione con le loro emozioni nella situazione attuale, rispetto a coloro che non avevano partecipato alla formazione. Le analisi quantitative sono state fatte con il software commerciale JASP (Versione 0.12.2)(4). Gli item dei questionari con risposta in scala ordinale sono stati suddivisi in tre sottoscale: "Benessere", "Lavoro" e "Famiglie e pazienti" per gli operatori. “Benessere” “Famiglia” e “Relazione con operatori” per i genitori. È stata calcolata la media e deviazione standard. Il punteggio medio delle risposte ad ogni sottoscala del questionario realizzato per gli operatori sanitari è stato analizzato attraverso un t test di Student, confrontando le medie tra i soggetti Formati e Non Formati. Mentre con i punteggi medi dei genitori è stata fatta un ANOVA, confrontando i 4 gruppi.

Risultati

Analizzando i questionari attraverso il confronto delle statistiche descrittive relative alle risposte agli item in scala Likert, e grazie alle riflessioni finali possono esser fatte le seguenti considerazioni.

Operatori

Dall'area del benessere emotivo e psicofisico è emerso che gli operatori formati dei gruppi A e C sono meno proni a sentimenti di rabbia e con rari episodi di aggressività e nervosismo, inoltre essi hanno fatto più spesso il diario (punteggio 5=sempre) e hanno ritenuto importante sfogarsi e raccontare il proprio vissuto a qualcuno.

Mentre gli operatori non formati dei gruppi B e D risultano più arrabbiati e con frequenti episodi di aggressività e nervosismo, leggermente più stressati.

Attraverso l'analisi fatta con il t test di Student tra Formati (media: 0.702; sd: 0.094) e operatori Non formati (media: 0.659 sd: 0.073), non è stata trovata alcuna differenza significativa ($t = 1.006$; $df = 14.0$; $p = 0.332$; Cohen's $d = 0,503$) (si veda Figura 1).

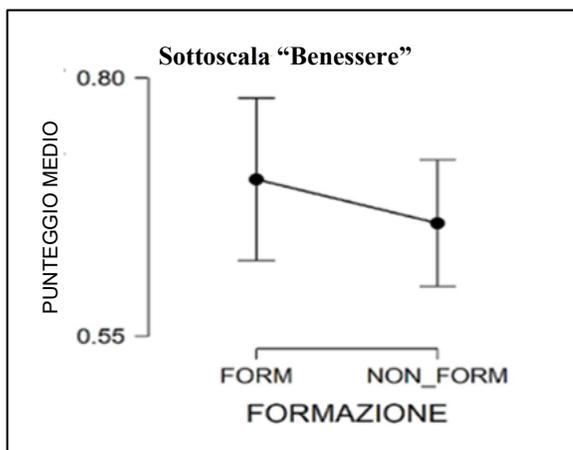


Figura 1 - Punteggio medio alla sottoscala “Benessere” questionario per operatori
Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala “Benessere” del questionario per gli Operatori. Per il gruppo degli operatori Formati (“FORM”) la media è 0.702 e la deviazione standard 0.094. Per il gruppo degli operatori Non- formati (“NON_ FORM”) la media è 0.659 e la deviazione standard: 0.073. Il t-test di Student non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi ($t=1.006$; $df=14.0$; $p=0.332$; Cohen's $d=0.503$).

Sul lavoro e degli atteggiamenti nei confronti dei colleghi, c'è una differenza tra i gruppi di operatori. In particolare per quanto riguarda lo svolgimento: infatti la maggior parte dei formati (60%) continua a lavorare, mentre solo il 40% dei non formati lavora. Inoltre dalle risposte ai questionari emerge che alcuni operatori non formati hanno preferito non andare a lavoro anche quando gli era concesso.

Dalle riflessioni condivise gli operatori non formati appaiono più scoraggiati, ed esprimono i loro pensieri attraverso queste frasi:

“Sono tempi difficili per tutti, ci troviamo in una situazione generale di caos, in cui non ci siamo mai trovati prima. Si respira la paura, anche quando minima, sia da parte dei pazienti che dei loro genitori e molto spesso anche di noi operatrici; non è semplice”.

Si dimostrano anche più critici verso l'istituzione: “Questa situazione di emergenza ha destabilizzato tutti operatori e familiari dei pazienti. In particolare la mancanza d'idonei dispositivi di sicurezza ha creato ulteriori preoccupazioni per la sicurezza personale.”

Confrontando il punteggio medio su questa sottoscala degli operatori Formati (media: 0,764; sd: 0,059) e Non formati (media: 0,679 sd: 0,095), con il t test di Student non è stata trovata alcuna differenza significativa, poiché $p = 0,05$ ($t = 2.153$; $df = 14.0$; $p = 0.049$; Cohen's $d = 1.077$). Tuttavia, osservando i dati a livello descrittivo, è possibile notare che gli operatori Formati hanno un punteggio medio più alto (si veda Figura 2).

Nelle relazioni con pazienti, loro famiglie intrattenute dagli operatori è stata riscontrata

una differenza, infatti sia dalle risposte ai questionari che dalle riflessioni libere, gli operatori formati rivelano di aver mantenuto maggiormente il rapporto con i pazienti, e compreso l'importanza di essere di supporto alle famiglie in un momento così critico.

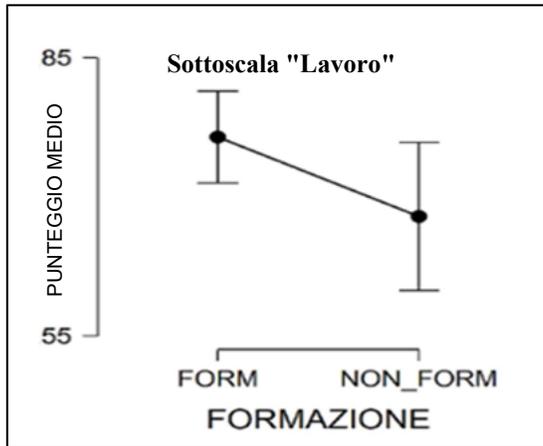


Figura 2 - Punteggio medio della sottoscala "Lavoro" del questionario per operatori. Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala "Lavoro" del questionario per gli Operatori. Per il gruppo degli operatori Formativi ("FORM") la media è 0.764 e la deviazione standard 0.059. Per il gruppo degli operatori Non-formativi ("NON_FORM") la media è 0.679 e la deviazione standard: 0.095. Il t-test di Student non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi ($t=2.153$; $df=14.0$; $p=0.049$; Cohen's $d=1.077$).

Es. uno scrive "Rifletto sul tempo che ancora dovrà passare prima di avere di nuovo un contatto con i miei pazienti non virtuale. Le famiglie che seguono secondo me hanno reagito complessivamente mettendo in campo tante risorse."

Gli operatori formati mostrano buone capacità introspettive: "Ho un buon rapporto con i genitori ai quali ho continuato a dare indicazione rispetto a problematiche del bambino supportando a livello emotivo. Il mio rapporto con loro è sempre stato buono difficilmente ho incontrato problematiche non risolvibili, sento di essere stimata da loro."

"È stato un periodo difficile e penalizzante in particolare per i nostri pazienti mi sono spesso sentita non all'altezza di portare avanti al meglio il mio lavoro e di questo me ne dispiace moltissimo."

Gli operatori formati sono più propensi a apprezzare forme di resilienza in loro stesse, nelle famiglie e nei piccoli pazienti

"...credo che questa esperienza ci porterà a un modo più rispettoso di lavorare verso i pazienti e anche vs noi operatori, infatti abbiamo mostrato i nostri punti di debolezza le nostre paure del contagio e della malattia mortale, ci siamo scoperte fragili e il nostro lavoro importante per noi

e per gli altri. C'è da imparare dai bambini... ad adattarsi, a sapersi toccare pur con i guanti. A cercarsi con gli occhi nonostante la mascherina."

Gli operatori formati sentono forte la lontananza e una certa nostalgia rispetto al luogo di lavoro: *"mi è mancata la quotidianità, dell'incontro con i pazienti ei genitori a cui ho cercato di sopperire con telefonate a distanza. In queste settimane mi è mancato anche il contatto con gli altri la possibilità di scambiare idee."*

Attraverso l'analisi quantitativa dei punteggi medi alla sottoscala "Famiglie e pazienti" negli operatori Formativi (media: 0,815; sd: 0,151) e Non formativi (media: 0,665 sd: 0,200), con l'analisi del t test di Student nessuna differenza significativa è emersa ($t = 1.696$; $df = 14.0$; $p = 0.112$; Cohen's $d = 0.848$) nonostante si possa notare una leggera differenza a livello descrittivo (vedi Figura 3).

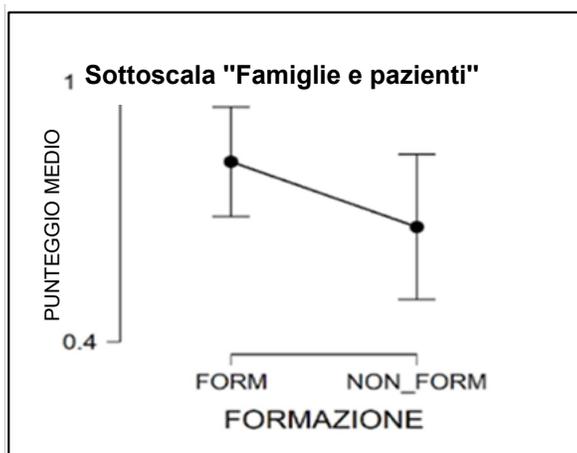


Figura 3 - Punteggio medio della sottoscala "Famiglie e pazienti" del questionario per operatori. Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala "Lavoro" del questionario per gli Operatori. Per il gruppo degli operatori Formativi ("FORM") la media è 0.815 e la deviazione standard 0.151. Per il gruppo degli operatori Non-formativi ("NON_FORM") la media è 0.665 e la deviazione standard: 0.200. Il t-test di Student non ha evidenziato differenze significative tra i due gruppi ($t=1.696$; $df=14.0$; $p=0.112$; Cohen's $d=0.848$).

Genitori

Nell'area benessere psicofisico, dall'analisi descrittiva delle risposte agli item i genitori formati gruppi A e B mostrano un livello di stress più basso. Mentre i genitori del gruppo D, che non sono formati, e non sono seguiti da operatori formati, rispetto agli altri abbiano avuto più frequentemente insonnia, ansia e preoccupazione.

Inoltre, i genitori formati hanno seguito le strategie fornite dalla formazione, tenendo il diario e raccontando la loro esperienza, “sfogandosi” con qualcuno. Mentre questi comportamenti sono, in linea con le aspettative, molto meno presenti nei genitori dei gruppi C e D.

Dall'analisi quantitativa fatta attraverso un' ANOVA tra i punteggi medi alla sottoscala di benessere dei diversi gruppi di genitori (Gruppo A: media: 0,645; sd: 0,066) (Gruppo B: media: 0,627; sd: 0,118) (Gruppo C: media: 0,627 sd: 0,063) (Gruppo D: media: 0,553; sd: 0,138), non ha mostrato differenze significative tra i gruppi ($F = 1.475$; $p = 0.242$; $\eta^2 = 0.132$) (si veda Figura N.4).

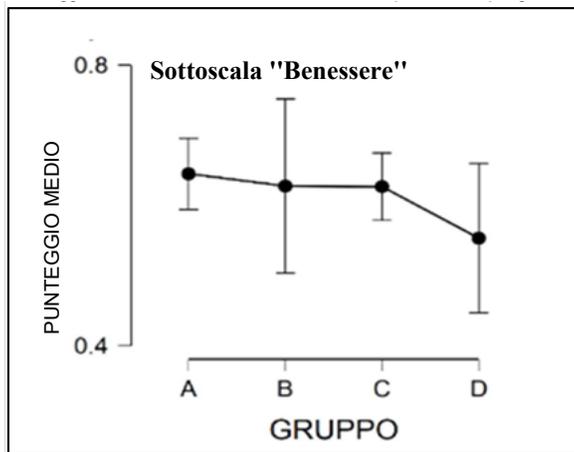


Figura 4 - Punteggio medio alla sottoscala "Benessere" del questionario per genitori

Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala “Benessere” del questionario per i genitori. Per il gruppo A (Genitori Formatati e Operatori Formatati) la media è 0.645, e la deviazione standard è 0.066. Per il gruppo B (Genitori Formatati e Operatori Non formatati) la media è 0.627, e la deviazione standard è 0.118 . Per il gruppo C (Genitori Non formatati e Operatori Formatati) la media è 0.627, e la deviazione standard è 0.063. Per il gruppo D (Genitori Non formatati e Operatori Non formatati) la media è 0.553, e la deviazione standard è 0.138. L'analisi ANOVA non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i punteggi dei gruppi ($F = 1.475$; $p=0.242$; $\eta^2=0.132$).

Dalle dichiarazioni finali si può intuire che i genitori formatati abbiano una maggiore capacità riflessiva e siano più disponibili ad aprirsi e raccontare il proprio vissuto. Mentre nei gruppi di genitori non formatati (C e D) si nota una minore propensione alla scrittura, che risulta scarna.

La relazione dei genitori con i propri figli e la loro gestione quotidiana in casa, dalle risposte ottenute non si evincono particolari differenze tra i gruppi.

Fa eccezione la domanda “è stato difficile vivere in casa nelle ultime settimane?” dalla quale si può osservare che il gruppo A non ha avuto molte difficoltà, mentre per il gruppo

D è stato più difficile.

Attraverso l'analisi ANOVA tra i punteggi medi a questa sottoscala dei diversi gruppi di genitori (Gruppo A: media: 0,678; sd: 0,208) (Gruppo B: media: 0,708; sd: 0,074) (Gruppo C: media: 0,678; sd: 0,115) (Gruppo D: media: 0,594; sd: 0,126), non ha mostrato differenze significative tra i gruppi ($F = 0,932$; $p = 0,438$; $\eta^2 = 0,088$) (si veda la Figura 5).

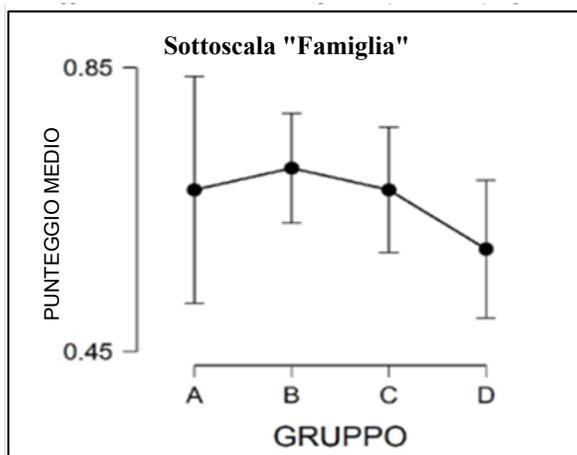


Figura 5 - Punteggio medio della sottoscala "Famiglia" del questionario per genitori
Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala "Famiglia" del questionario per i genitori. Per il gruppo A (Genitori Formati e Operatori Formati) la media è 0.678, e la deviazione standard è 0.208. Per il gruppo B (Genitori Formati e Operatori Non formati) la media è 0.708, e la deviazione standard è 0.074. Per il gruppo C (Genitori Non formati e Operatori Formati) la media è 0.678, e la deviazione standard è 0.115. Per il gruppo D (Genitori Non formati e Operatori Non formati) la media è 0.594, e la deviazione standard è 0.126. L'analisi ANOVA non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i punteggi dei gruppi ($F = 0.932$; $p = 0.438$; $\eta^2 = 0.088$).

Dalle riflessioni finali, i genitori formati riferiscono di essere stato meglio a casa con i figli, ad esempio, un genitore del gruppo A scrive: *"In merito alle ultime settimane mi sono sentita addirittura contenta di stare un po' a casa con mio figlio, senza andare e venire da terapie, laboratori, teatri, piscina, scuola, ecc"*.

Ed è anche stato possibile notare che i gruppi dei genitori formati (A e B) abbiano avuto meno bisogno di aiuto, sono quindi più preparati e strategici nell'attivare risorse anche pratiche: *"I giorni passati a casa con mio figlio sono stati giorni pieni di tante cose che abbiamo rimandato e che non facevamo per mancanza di tempo. A casa non ci annoiamo mai tra compiti, videolezioni, video da girare, lavori domestici in cui cerco di coinvolgerli, cucina, giochi vari e un po' in giardino, le giornate passano molto velocemente."*

Al contrario i genitori non formati dei gruppi C e D sono più irritabili e lamentano maggiormente la solitudine: *“Giornate faticose. Non potendo portare il bimbo all’IRC avrei preferito un contatto con gli operatori anche tramite video.....Faccio fatica a portare avanti gli obiettivi prefissati per la bimba tramite una “terapia” distanza, non mi sento in grado e non ho predisposizione personale per farlo”*.

Ed hanno segnalato maggiori difficoltà nella gestione del figlio *“tenerlo presente durante le attività quotidiane ma faccio molta fatica a giocare con lei nelle attività strutturate”*. In alcuni casi si rasenta la disperazione *“In questo periodo, mio figlio ha tirato fuori il peggio. Stereotipie, urla, pianti, aggressività (cosa mai successa prima) ed il mio stato d’animo è peggiorato o forse siamo peggiorati insieme involontariamente”*.

La relazione con gli operatori del centro è buona per tutti i genitori, il livello di soddisfazione nei confronti del lavoro dell’IRC è sempre elevato, pur essendo comunque maggiore nei gruppi A e C dove gli operatori sono formati. Questo è riscontrabile sia dalle risposte agli item, sia dalle riflessioni finali, ad esempio: *“Ho sentito forte la presenza e l’assistenza da parte degli operatori verso mio figlio e verso di noi. Nonostante il difficile momento, ci hanno contattato proponendoci supporto ed hanno organizzato sedute terapeutiche per non interrompere il percorso, è così facendo lo stanno anche arricchendo. Per fortuna possiamo contare su di loro”*.

L’aiuto dell’operatore è ben accettato e utilizzato per rasserenare la relazione con il proprio bambino: *“Anche se non è stato possibile vederci ho sentito la vicinanza della operatrice che segue il mio bimbo lei infatti ci ha supportato e telefonato facendoci sentire seguiti ci ha spiegato la situazione e ci ha dato consigli utili su come impiegare il tempo e come spiegare questa situazione al bambino in merito alla mia esperienza personale posso dire di aver accettato abbastanza bene.”*

Dai genitori del gruppo C, non formati, i cui operatori di riferimento sono formati, vengono segnalati positivi rapporti con il centro, e un maggior supporto percepito: *“Utilissimo sicuramente che il trattamento continui.....Ottimo supporto dell’IRC, il bimbo è tranquilloQueste settimane sono state impegnative e a tratti difficili. Ho comunque sentito la vicinanza del personale dell’IRC, dove conto di ritornare a breve. Le terapisti di mio figlio si sono sempre fatte sentire e si sono rese subito disponibili ad aiutarci”*. Laddove i genitori non sono formati e neanche gli operatori (Gruppo D) si rileva maggiore nervosismo e una certa aridità; il rapporto con gli operatori è meno buono pur resistendo la fiducia nell’azione complessiva del centro.

“Mi sarebbe piaciuto avere un feedback della terapia dagli operatori anche prima di questo periodo ma non c’è mai stato. Mi aspettavo di più proprio dall’IRC”

“... sconvolgere la routine di mio figlio è stato avvilente per me e faticoso per lui... ora sa che devastare a casa ...certamente senza capire il perché...l’aiuto dell’IRC sulla gestione e la scansione della giornata per mio figlio, mi ha aiutato a non sentirmi sola a scoraggiata.”

Dal confronto effettuato con l'analisi ANOVA sui quattro gruppi di genitori (Gruppo A: media: 0,643; sd: 0,124) (Gruppo B: media: 0,607; sd: 0,060) (Gruppo C: media: 0,689; sd: 0,207) (Gruppo D: media: 0,579; sd: 0,221), non ha mostrato differenze significative tra i gruppi ($F = 0,655$; $p = 0,586$; $\eta^2 = 0,063$). Tuttavia l'ampia dispersione dei dati può aver influito riducendo la possibilità di avere risultati significativi (si veda Figura 6).

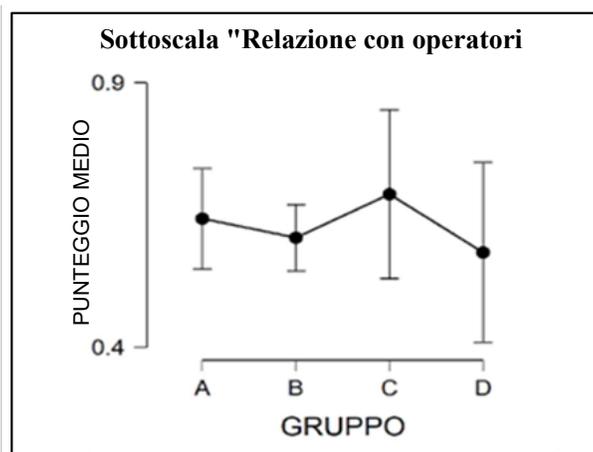


Figura 6 - Punteggio medio della sottoscala "Relazione con operatori" dell'questionario per i genitori. Rappresentazione grafica delle medie (e i rispettivi intervalli di confidenza) dei punteggi alla sottoscala "Relazione con operatori" del questionario per i genitori. Per il gruppo A (Genitori Formati e Operatori Formati) la media è 0.643, e la deviazione standard è 0.124. Per il gruppo B (Genitori Formati e Operatori Non formati) la media è 0.607, e la deviazione standard è 0.060. Per il gruppo C (Genitori Non formati e Operatori Formati) la media è 0.689, e la deviazione standard è 0.207. Per il gruppo D (Genitori Non formati e Operatori Non formati) la media è 0.579, e la deviazione standard è 0.221. L'analisi ANOVA non ha mostrato differenze statisticamente significative tra i punteggi dei gruppi ($F = 0.655$; $p = 0.586$; $\eta^2 = 0.063$).

Conclusioni

Con questo studio abbiamo valutato se un intervento di formazione in Medicina Narrativa e Storytelling possa avere un'influenza sul benessere psicologico e sulla relazione fra operatori e famiglia in una situazione quale quella attuale in cui entrambe le parti della relazione terapeutica sono impossibilitate a interagire secondo le procedure loro consuete..

Nessuno dei risultati osservati ha raggiunto la significatività a livello statistico. Supponiamo che le dimensioni molto ridotte del campione e la grande variabilità dei dati non consentano di trovare differenze significative. Tuttavia, osservando i dati nel loro insieme, a livello descrittivo, indicano un effetto positivo della formazione sia sugli operatori che sui genitori negli ambiti indagati. Mentre nei genitori la differenza tra

formati e non è più evidente nelle scale che esplorano il benessere e il rapporto con i bambini. Tra gli operatori è più evidente la differenza nel modo di valutare il lavoro e il rapporto con l'istituzione.

Nel gruppo A, dove i genitori formati nello Storytelling sono seguiti da personale altrettanto formato, il senso di solitudine è minore. I genitori non si sono sentiti lasciati soli ed hanno sentito l'importanza del trattamento offerto al loro bambino, quando tutto chiudeva, l'IRC ha continuato a stare aperto, con misure di sicurezza accentuate. Emerge come la riflessività possa sostenere i genitori a comprendere l'importanza della ricerca costante di un confronto con i propri figli su ciò che accade anche in un momento storico in cui ciò può voler dire contrastare la paura e la tristezza, con la consapevolezza di poter condividere i propri processi di elaborazione individuali nella sicurezza del contesto familiare.

Gli operatori formati hanno cercato in misura maggiore il contatto con i loro pazienti, generando un senso di soddisfazione e rassicurazione nei genitori. I genitori del Gruppo B, formati ma seguiti da operatori non formati, hanno manifestato maggior frustrazione nel sentirsi lasciati soli ma erano comunque meno arrabbiati verso la situazione e rispetto ai loro bambini, mentre il gruppo D sembra risentire molto della mancanza di un mezzo di supporto interiore e della minore responsabilità degli operatori non formati con i quali avrebbero voluto maggiori interazioni.

Aderire a una formazione che, seppur breve, ha fornito in dotazione gli strumenti e le competenze per strutturare in forma narrativa i propri pensieri e le proprie emozioni, i partecipanti hanno acquisito le risorse per percepire loro stessi e le vicende da loro vissute come gli elementi di una storia, una storia che avesse, come di consueto, protagonisti, antagonisti, conflitti e temi. Allenandosi nel osservare i conflitti in campo nelle loro comunicazioni ed esercitandosi nel coltivare il punto di vista, sia i genitori che gli operatori aderenti alla formazione (Gruppi A, B e C) hanno avuto modo di coltivare empatia e capacità di costruzione di un pensiero sviluppato in una prospettiva temporale, andando oltre, quindi, il qui e ora del loro vissuto. La capacità di mettersi nei panni degli altri, di tradurre per iscritto le loro angosce e frustrazioni ha permesso in primo luogo la loro de-mistificazione e razionalizzazione, la creazione di un senso nuovo al loro vissuto attuale, la costruzione di una nuova esperienza a partire dalla narrazione della stessa(5). Tutti hanno trovato un tempo nel quale condividere pensare e raccontarsi in libertà, certi dell'accoglienza del contesto e dell'aiuto che viene dal gruppo.

In altre parole piangere insieme, confessare piccoli aneddoti, sia per gli operatori che i genitori ha voluto dire porsi in ascolto di sé e dell'altro. La storia degli altri può in molti casi farci riflettere sulle nostre vicende personali e familiari in modi diversi, mentre da soli spesso restiamo chiusi nella nostra tristezza. Il senso di appartenenza a un gruppo può favorire un maggiore equilibrio anche in circostanze non facili come la presenza di un

bimbo disabile o una pandemia aggressiva.

Gli operatori che avevano a disposizione lo strumento del narrare, hanno potuto usufruire di diversi paracaduti emotivi: trovare il tempo per sé, per occuparsi del proprio stare; dare voce a vissuti anche angosciosi che, guardati in faccia e narrati, piano piano si sono alleggeriti. Ciò può avere lasciato posto a un pensiero e a un fare per l'altro, ossia la pre-occupazione del paziente e del mandato di cura ed incrementare la capacità di adattamento alla nuova situazione lavorativa, mantenendo attivo un pensiero critico e realista, ma proattivo ed efficace. In qualche modo gli operatori "narranti" hanno ripreso il loro ruolo, non essendo "spettatori" dell'epidemia e del nuovo scenario di vita, ma attori, creando anche una vicinanza con i pazienti dato che raccontare non significa tanto o solo descrivere una realtà, ma farla propria, e comunicabile, e quindi renderla linguaggio comune che avvicina e sostiene.

Pennebaker ha visto che scrivere in modo narrativo trasforma ricordi, motivazioni, emozioni, sensazioni e pensieri in una struttura linguistica con una precisa dimensione spazio-temporale, permettendo di confrontarsi con essa per arrivare progressivamente a cambiare il modo di porsi con sé, gli altri e il mondo(6). In altre parole, quindi, dare un senso alle cose aiuta. Già Nietzsche infatti ci diceva che dare un perché alle cose aiuta a sopportarne il come (7). Narrare scrivendo permetterebbe quindi una vera e propria riorganizzazione di pensieri ed emozioni. Proprio Pennebaker ha costruito uno strumento apposito (l'Indagine Linguistica e Conteggio delle Parole – LIWC)(8). scoprendo che chi scrive di traumi passati gradualmente riporta sempre più parole positive nel testo e sempre meno negative, con riferimenti crescenti a cause e spiegazioni. Ci sembra che la resilienza possa collegarsi alla narrazione: anche narrare significa mettere in ordine, connettere con un significato, dare una spiegazione ai fatti, piacevoli o spiacevoli, rendendoli accettabili, nel momento stesso in cui li si racconta, come "la resilienza mette in ordine le perle delle esperienze di gioia e di dolore con un filo di correlazioni di significati che rende plausibili le interpretazioni positive e ristrutturare le negative", dicono Short & Casula(9).

Possiamo pertanto ipotizzare che genitori e operatori non formati alla narrazione, abbiano potuto usufruire meno di questo strumento attivatore di resilienza e pertanto restare isolati anche psichicamente, non solo fisicamente, nelle loro ansie e preoccupazioni. Sentendosi i genitori maggiormente abbandonati al loro destino e gli operatori talmente ingombri dei loro stati emotivi da non trovare rapidamente le risorse per sostenere efficacemente i pazienti.

In conclusione, siamo consapevoli dei limiti di questo studio a causa delle dimensioni ridotte del campione e l'utilizzo di questionari non validati, e della natura monocentrica del progetto. Tuttavia, consideriamo i nostri risultati di un certo interesse, la visione prospettica dell'intervento e l'attualità dell'argomento rendono questi dati utili se solo per pianificare ulteriori studi più ampi e segnalare la possibilità di formare le persone in

ambito sanitario con tecniche di narrazione.

Riteniamo quindi molto utile attivare questo tipo di percorsi narrativi paralleli alla cura sanitaria per mantenere sempre vivo l'aspetto della storia della persona aiutata e aiutante, soprattutto in contesti di incertezza quali quello che ci prepariamo ad affrontare.

Bibliografia

1. Charon R. *Narrative Medicine – Honouring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
2. The National Storytelling Network What is Storytelling? Available at: <https://storynet.org/what-is-storytelling/> (Accessed: 02 April 2020).
3. Chiorri C. *Teoria e tecnica psicometrica: costruire un test psicologico*. New York: McGraw-Hill; 2010.
4. JASP Team (2020). JASP (Version 0.12.2) [Computer software]. <https://jasp-stats.org/>
5. Frank A.W. *The Wounded Storyteller*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1995.
6. Pennebaker J. W. *Scrivi cosa ti dice il cuore. Autoriflessione e crescita personale attraverso la scrittura di sé*. Trento: Erickson; 2004
7. Nietzsche F. *Umano, troppo umano*. Milano: Piccola Biblioteca Adelphi, 1979
8. Tausczik Y. R., Pennebaker J.W. The Psychological Meaning of Words: LIWC and Computerized Text Analysis Methods. *Journal of Language and Social Psychology* 2009; 8.
9. Sort D., Casula C.C. *Speranza e resilienza: cinque strategie psicoterapeutiche di Milton H. Erickson*. Milano: Franco Angeli; 2004.

Si ringrazia l'Associazione "Amici della Stella Maris" per il sostegno al progetto.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Recensione

Fattori G, Manuale di marketing sociale per la salute e per l'ambiente. Non solo saponette. Perugia: Cultura e Salute Editore Perugia, 2020, pp 179

Una freccia nella faretra del Settore pubblico. Giuseppe Fattori - medico, ex dirigente Ausl, docente presso l'università di Bologna - nel suo libro "Manuale di marketing sociale per la salute e per l'ambiente. Non solo saponette" (Cultura e Salute Editore Perugia, 2020) ci accompagna nei meandri di questo potente strumento al servizio del benessere sociale, sviscerando tutti i "trucchi" di una buona progettazione per il miglioramento della salute (e non solo)

È possibile convincere le persone a smettere di fumare applicando le tecniche del marketing tradizionale? Oppure, a dirla come lo psicologo della ricerca G.D. Weibe, è **possibile vendere la solidarietà come fosse una saponetta**? Queste domande ci portano a faccia a faccia con una disciplina ancora poco conosciuta qui in Italia: Il marketing sociale.

Dopo aver letto questo termine la prima immagine che ci salta in mente è probabilmente quella degli **spot dal forte impatto visivo** trasmessi in Tv a partire dagli anni '70: le cosiddette "Pubblicità Progresso" (1). I loro slogan e immagini, dirette come pugni nello stomaco, hanno fatto e continuano a far riflettere su temi di grande rilevanza sociale e civile, dai danni del fumo passivo agli incidenti in auto. Ed ecco una prima indicazione: **il marketing sociale non è questo**, o meglio: non è solo questo.

Pubblicità sociale, comunicazione sociale, marketing commerciale, social media marketing, societal marketing, marketing delle organizzazioni no profit. Sono tutti settori differenti, con alcuni punti di contatto, tra i quali è facile confondersi. La comunicazione sociale, per esempio, utilizza la sola comunicazione per indurre a un cambiamento dei comportamenti, mentre il marketing sociale impiega tutte le tattiche proprie del marketing. Nonostante ciò, **il marketing sociale diverge profondamente da quello commerciale**: se il primo ha come finalità il raggiungimento del bene sociale, il secondo le vendite e i profitti. La relazione tra loro è "paragonabile a quella tra il football ed il rugby", suggeriscono Bloom e Novelli (2). "Le due discipline hanno molto in comune e richiedono una formazione simile, ma ognuna ha il suo insieme di regole, limiti e richiede specifiche abilità. Un buon giocatore dell'una non è detto che sia necessariamente anche un buon giocatore dell'altra".

Il marketing sociale allora cos'è? Dove e come si applica?

A far luce sull'argomento, fornendo un solido armamentario di strumenti concettuali e operativi è **Giuseppe Fattori** nel libro "Manuale di marketing sociale per la salute e per l'ambiente. Non solo saponette", edito da Cultura e Salute Editore Perugia. È **il primo manuale italiano** e Fattori è un'autorità indiscussa sul tema. Medico specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica ha diretto il programma "Promozione della Salute", presso l'AUSL di Modena e da quasi quasi 15 anni insegna il Marketing Sociale nei programmi di Master dell'Università di Bologna.

"Il Marketing Sociale mira a sviluppare ed integrare i concetti di marketing con altri approcci per influenzare l'adozione di comportamenti da cui possono trarre beneficio individui e comunità con l'obiettivo di ampliare il benessere sociale". Questa è la definizione fornita dal board costituito da iSMA (International Social Marketing Association), AASM (Australian Association of Social Marketing) e ESMA (European Social Marketing Association), di cui Fattori è co-fondatore. Siamo dunque di fronte a un ambito di studi "vivace",

multidisciplinare, multiprofessionale, che non attinge solo alle tecniche del settore commerciale, ma anche all'esperienza del **settore pubblico** e dei **settori senza scopo di lucro**.

Ma facciamo qualche passo indietro. A coniare il concetto di marketing sociale fu **Philip Kotler** nel 1971 in un articolo all'interno del "*Journal of Marketing*". Più tardi, nel 2002, con Roberto e Lee, Kotler lo definisce come "*l'utilizzo delle strategie e delle tecniche del marketing atte a influenzare un gruppo target ad accettare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, al fine di ottenere un vantaggio per i singoli individui o la società nel suo complesso*" (3). Con gli anni l'interesse verso il marketing sociale cresce soprattutto in relazione ai **settori della Prevenzione e della Promozione della salute**. Non solo: assume un ruolo importante anche nella lotta contro il **degrado ambientale** e in relazione ad altri "*problemi malvagi*" come le disuguaglianze economiche, sociali, di genere.

Una grande impresa di pianificazione, per la comunità, con la comunità

Sfogliando il manuale scopriamo che il marketing sociale non è appunto solo comunicazione, ma è una grande impresa di ricerca, analisi, pianificazione, valutazione. Nello specifico, sono quattro le sue fasi caratteristiche: **analitica, strategica, operativa** – in cui ritroviamo il **marketing mix** con le sue 5 P (Price, Product, Place, Partner, Promotion) che è un po' il cuore del marketing tradizionale – e, ultima, ma non meno importante, la **fase di verifica**. Lo studio del contesto, la segmentazione dei target, il posizionamento (ossia: come rendere evidenti i vantaggi derivanti da un certo comportamento) l'individuazione dei fattori di competizione (quelli che cercano di influenzare i gruppi target in maniera negativa) e degli elementi ostacolanti sono tutti aspetti che un bravo social marketer non deve trascurare.

Inoltre, due sono i punti salienti del marketing sociale su cui Fattori ci fa ragionare. Prima di tutto, **i soli esperti non bastano se si vogliono elaborare politiche efficaci**, occorre coinvolgere attivamente la popolazione nei processi decisionali.

In secondo luogo, non basta agire solo sui cambiamenti individuali (a valle). **Bisogna trasformare l'ambiente sociale, politico, culturale nel quale gli individui sono immersi**. Chiedersi quali sono i fattori determinanti di un problema, quali sono le condizioni sfavorevoli al cambiamento e agire su di essi (a monte).

Case study di successo

Il libro di Fattori oltre alle spiegazioni teoriche è corredato di molti esempi pratici nei quali il marketing sociale è stato utilizzato in modo esemplare. Tra questi, spicca il **programma "Bella Mossa"** di Bologna, grazie al quale 22mila persone hanno scelto la via della mobilità sostenibile. Ai partecipanti sono stati assegnati punti per camminare, andare in bici, utilizzare mezzi pubblici che poi sono stati riscattati per sconti verso merci e servizi da diversi rivenditori. Il tutto tramite un App. Tra gli elementi che hanno reso questa iniziativa vincente spicca il solido **sistema di ricompensa** per incentivare il cambiamento (no divieti, no imposizioni) e un efficace partenariato pubblico-privato.

Un'altra campagna interessante è l'americana "*The truth*", volta a scoraggiare il fumo giovanile. A determinare il suo successo è la scelta di raccontare l'industria del tabacco come una losca manipolatrice: una strategia di contromarketing che sfrutta la sfiducia degli adolescenti verso l'autorità.

Una riflessione ai tempi del covid

Dopo aver letto questo manuale il pensiero va anche alle misure decise dal Governo per il **contenimento dei contagi** da Covid-19. E guardando all'obbligo di indossare la mascherina anche all'aperto, ai "*coprifuoco*", ai vari atteggiamenti paternalistici e autoritari, una domanda sorge spontanea. **Agire sul piano coercitivo è davvero la migliore arma che disponiamo per convincere le persone a far propri nuovi comportamenti sul lungo termine?** Come ricorda Fattori, citando Nancy Lee, tra le più note studiosse del marketing sociale, storicamente i responsabili politici per influenzare i comportamenti dei cittadini scelgono due strade: l'educazione e la legge. Ma c'è anche una **terza alternativa**, quella che ascolta le preoccupazioni della comunità, s'impegna di riconoscere ed eliminare le barriere che ostacolano il comportamento e di fornire i

benefici desiderati. **Questo è il terreno sul quale si muove il marketing sociale** e che frutta i tassi più alti di cambiamento di comportamento.

Note

- 1 Pubblicità Progresso è il nome della fondazione istituita nel 1971, ma che nell'immaginario collettivo viene identificata con le campagne che ha realizzato.
- 2 Bloom P.N, Novelli W.D. Problems and challenges in social marketing. *Journal of Marketing* 1981.
- 3 Kotler P, Roberto N, Lee N. *Social Marketing. Improving the quality of life*. New York; Sage 2002.

Ada Aliprandi

Documenti



Indagine emergenza COVID-19 Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI)

Partecipanti al gruppo di lavoro e referenti dell'indagine:

Sezioni Regionali SIItI

Abruzzo-Molise: Marianna Mastrodomenico

Apulo-Lucana: Alberto Fedele

Calabria: Carmelo Nobile

Campania: Paolo Montuori

Emilia-Romagna: Aldo De Togni

Lazio: Leonardo Villani, Floriana D'ambrosio

Liguria: Filippo Ansaldi

Lombardia: Claudio Garbelli

Marche: Daniel Fiacchini, Emilia Prospero

Piemonte e Valle d'Aosta: Carla M. Zotti, Deborah Traversi, Annalisa Castella, Angela Gallone

Sardegna: Antonio A. Azara

Toscana: Angelo Baggiani

Triveneto: Davide Gentili

Umbria: Pietro Manzi

Consulta Specializzandi SIItI: Stefano Greco

Giunta esecutiva della SIItI: Fausto Francia

Istituto Superiore di Sanità: Luigi Bertinato

Coordinatore del Gruppo di lavoro: Claudio Garbelli

... è ipotizzabile che la prossima Grande Epidemia (il famigerato Big One) quando arriverà si conformerà al modello perverso dell'influenza, con alta infettività prima dell'insorgere dei sintomi. In questo caso si posterà da una città all'altra sulle ali degli aerei, come un angelo della morte ...”

Da “Spillover” David Quammen, pag. 219, anno 2012

Premessa

L'indagine è stata indirizzata a valutare gli Atti con valenza strategica e di sistema che le Autorità nazionali e regionali hanno adottato per la gestione ed il controllo della emergenza epidemiologica da COVID-19. Le Sezioni Regionali Abruzzo-Molise (Regione Abruzzo), Apulo-Lucana, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte e Valle d'Aosta, Sardegna, Toscana, Triveneto (Regione Veneto), Umbria, ISS e la Consulta degli Specializzandi hanno partecipato all'indagine alla data del 03.08.2020. L'indagine ha avuto un aggiornamento con il webinar SItI Nazionale del 11 dicembre 2020. L'indagine sarà approfondita con alcuni item specifici es. contact tracing, campagna vaccinale, riapertura delle scuole e con l'aggiornamento di alcuni item già definiti es. provvedimenti regionali, rete ospedaliera e territoriale, RSA. Si è quindi prodotta una raccolta "complessivamente valutata e disponibile con link dedicato" di questi Atti che rappresentano un riferimento tecnico-istituzionale per la SItI ed anche di pubblicazioni scientifiche nel merito. Gli Atti considerati e citati nell'indagine sono, in particolare, Deliberazioni di Giunta regionale, Ordinanze del Presidente di Giunta Regionale e Circolari Regionali con valenza di sistema. Sono stati, inoltre, considerati gli Atti di indirizzo con le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.

Lo strumento di lavoro è una check list condivisa per l'indagine articolata per i 4 punti indicati nella nota 23 aprile 2020 del Presidente Prof. Italo F. Angelillo con la traccia di seguito articolata per la definizione della check list con risposte bloccanti e spazio note di commento obbligatorie:

1. Valutazioni dopo l'alert dell'OMS febbraio 2018 sulla "Disease X".
2. Atti a conferma tempestività e completezza della preparazione dell'emergenza dopo la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 per la dichiarazione dello stato di emergenza e dopo la diagnosi del primo paziente COVID-19 il 20 febbraio 2020.
3. Evidenze delle diversità di approccio delle Regioni ed i conseguenti effetti nella gestione e controllo della epidemia in termini di diffusione e gravità.
4. Evidenziare i rapporti fra Organi nazionali e internazionali e fra Organi nazionali e regionali nella gestione della epidemia.

È stato aggiunto un 5° punto di particolare significato "Proposte sulla base di insegnamenti ed indicazioni condivise per il futuro sulla base delle esperienze maturate nella fase acuta epidemica".

Le evidenze e le conclusioni dei Punti 1) 2) 3) 4) 5) sono le basi della epicrisi con l'obiettivo di definire proposte per:

- A. riorganizzare e rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione e di Cure primarie ed i Distretti determinando le modalità di integrazione con i MMG ed i PLS;
- B. realizzare sistema omogeneo di rilevazione e raccolta dei dati in fasi emergenziali;
- C. massimo utilizzo di strumenti digitali (es. contact tracing);
- D. aggiornamento del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali della Prevenzione;
- E. proporre gli strumenti per un nuovo piano pandemico;
- F. proporre miglioramenti per le integrazioni fra rete territoriale ed ospedaliera;
- G. riordino della rete ospedaliera con riesame del DM 70/2015 (es. dotazione di posti letto di terapia intensiva e subintensiva);
- H. pieno coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione nell'organizzazione e realizzazione della campagna di vaccinazione anti COVID-19.

I confronti avvenuti con le Sezioni regionali coinvolte, ISS e la Consulta degli specializzandi hanno evidenziato come significativi:

- 1) la gestione ed i contenuti delle informazioni e delle comunicazioni in ordine all'evoluzione dell'emergenza epidemiologica da parte delle Autorità di Governo Nazionale e Regionali e da parte delle Funzioni

tecniche responsabili nelle attività di gestione e controllo dell'emergenza negli ambiti nazionali, regionali e locali;

- 2) i rapporti con il Sindaco, quale Autorità sanitaria locale, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione;
- 3) il network delle attività di prevenzione migliorando i rapporti fra gli ambiti nazionali e regionali;
- 4) l'impegno per la prevenzione delle patologie cronico-degenerative e per contenere le diseguglianze;
- 5) la sinergia delle Università e degli Istituti di ricerca nel settore sanitario con la rete territoriale ed ospedaliera sia per promuovere studi e ricerche su farmaci e vaccini sia per la formazione degli operatori sanitari (webinar, teleconferenze, centri di simulazione).

I confronti hanno, infine, evidenziato che la sanità pubblica ha dimostrato la capacità di fornire risposta ai bisogni della popolazione sia nella fase acuta della pandemia che nelle fasi successive anche in settori non strettamente sanitari o di loro primaria competenza.

PUNTO 1. Valutazioni dopo l'alert dell'OMS febbraio 2018 sulla "Disease X".

Le Sezioni rispondenti hanno indicato:

- 1) assenza di determinazioni dopo il citato alert OMS;
- 2) adozione di atti deliberativi rispetto alla pandemia di influenza AH1N1 nel 2009 senza successivi aggiornamenti, con eccezione della Regione Calabria e della Regione Veneto che ha costituito, nel 2013/2014, il Gruppo Operativo a Risposta Rapida Regionale per la gestione coordinata e la preparazione in caso di evento emergenziale;
- 3) adozione di protocolli per la prevenzione, gestione e controllo del rischio da virus Ebola nel 2014 (Abruzzo, Lombardia, Toscana, Sardegna);
- 4) assenza o carenza di indicazioni nei Piani Regionali della Prevenzione 2014-2018.

Per il punto 4) si precisa che nel PRP:

- Regione Sardegna ha evidenziato "...non era presente un modello organizzativo strutturato capace di rispondere alle emergenze sanitarie con particolare riferimento alle emergenze infettive".
- Regione Abruzzo ha indicato "un piano di gestione delle emergenze infettive" non ricompreso nel Piano regionale 2018 delle maxi emergenze sanitarie.
- Regione Emilia-Romagna ha indicato "un progetto gestione delle emergenze, anche infettive, per il Dipartimento di Sanità Pubblica fra cui le malattie infettive"; l'attenzione è stata posta per la gestione della sicurezza alimentare nelle strutture di accoglienza della popolazione in fase emergenziale.
- Regione Lombardia ha richiamato gli atti deliberativi che hanno definito anche la prevenzione, il controllo e la gestione del rischio epidemico per EXPO 2015 ed effettivamente applicati nel solo periodo di apertura di EXPO anche come "epidemic intelligence".
- Regione Calabria ha disposto l'aggiornamento del Piano pandemico regionale eseguito nel 2019.
- Regione Marche ha definito una linea di intervento dedicata alla preparazione alle emergenze infettive con esercitazioni.

ISS ha indicato i link dei documenti e le sequenze dei primi atti nazionali:

- 27 gennaio sospensione dei voli con la Cina;
- 31 gennaio la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale;
- 5 febbraio istituzione del CTS con Decreto n. 371 del Capo Dipartimento della Protezione civile;
- 21 febbraio Ordinanza del Ministero della Salute e della Regione Lombardia per l'istituzione della zona rossa;
- 22 febbraio Ordinanza del Ministero della Salute e della Regione Veneto per l'istituzione della zona rossa;
- 27 febbraio Ordinanza n. 640 Capo Dipartimento Protezione civile per la sorveglianza epidemiologica e

- microbiologica in capo all'ISS e per la sorveglianza clinica in capo a IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani;
- 4 marzo DPCM con le prime misure di prevenzione del contagio (es. sospensione attività didattiche, eventi e manifestazioni);
- **11 marzo DPCM con il lockdown nazionale.**

Si può concludere che:

- 1) non vi è stata sufficiente consapevolezza nel riconoscere il rischio pandemico da "Disease X", materializzata come COVID 19 nel 2020, con la conseguente non adeguata adozione del criterio di precauzione ed insufficiente preparazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e della Rete della Prevenzione;
- 2) l'attenzione è stata posta ad istruire atti deliberativi che, per carente applicazione, non sono stati di norma riesaminati ed aggiornati.

Sulla base delle conclusioni per il punto 1) dell'indagine, i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione "PNP" e Piani Regionali della Prevenzione "PRP" devono definire, come obiettivi prioritari, la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e la pianificazione della gestione di emergenze pandemiche ed epidemiche, con il vincolo di valutazione della performance nel conseguimento dei citati obiettivi da parte dei Dipartimenti e Servizi della prevenzione appartenenti a Ministero della Salute, ISS, Regioni, ASL/ATS. Occorre, altresì, garantire piena sinergia fra i prossimi PNP e PPRRP e nuovi Piano Pandemico Nazionale e Piani Pandemici Regionali nonché con il Piano Antibiotico-resistenza "PNCAR" 2017-2020, il cui riavvio dopo l'emergenza epidemiologica COVID 19 si rende necessario per la criticità dell'antibioticoresistenza in Italia.

In particolare, si evidenziano le seguenti azioni, ricomprese nella parte finale "proposte":

1. il potenziamento dell'epidemic intelligence per consentire un sistema di allerta rapida, ad esempio recuperando l'esperienza di EXPO 2015, con la valutazione dei segnali provenienti dalla sorveglianza di malattie infettive (indicatori based surveillance IBS dai Dipartimenti di Prevenzione, PS, Presidi di primo intervento, MMG) e dalla sorveglianza di eventi (event Based surveillance EBS es. dai media); da valutare per il sistema di allerta rapida l'utilizzo di analisi di matrici ambientali (es. acque reflue) con il referto di nuovi agenti infettivi;
2. la formazione ed esercitazione (obbligatoria con frequenza almeno semestrale) del personale sanitario e specificatamente del personale dei Dipartimenti e Servizi della prevenzione; le esercitazioni dovrebbero preparare i Servizi/Sistemi sanitari a livello nazionale, regionale, aziendale alla gestione tempestiva e flessibile di epidemia/pandemia, anche da "Disease X"; le esercitazioni dovrebbero essere aperte alla Protezione civile ed alle organizzazioni del volontariato e coinvolgere le Società Scientifiche di Sanità pubblica e di riferimento nelle discipline cliniche;
3. la garanzia di adeguate scorte di vaccino antiinfluenzale ed antipneumococcico per consentire, a partire dal mese di ottobre, la vaccinazione delle classi di popolazione a rischio con una copertura non inferiore all'80% con lo scopo di evitare la sovrapposizione ed il potenziamento di due possibili epidemie da virus influenzale e da COVID 19 facilitando in tal modo azioni mirate di prevenzione e controllo.

PUNTO 2. Atti a conferma della tempestività e completezza della preparazione dell'emergenza dopo la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 per la dichiarazione dello stato di emergenza e dopo la diagnosi del primo paziente COVID-19 il 20 febbraio 2020 (15 domande + allegati).

DGR/Ordinanze del Presidente Regionale/Circolari Regionali in applicazione degli Atti nazionali. Evidenze e valutazioni degli atti di sistema.

Sono disponibili gli atti indicati dalle Sezioni regionali partecipanti all'indagine e si sottolineano alcune

specificità come:

- l'attenzione ai criteri di prevenzione e sicurezza durante i trasporti con mezzi pubblici
- l'attenzione da parte di Regioni Meridionali e di Regione Sardegna agli accessi di cittadini provenienti da altre Regioni con RT maggiori, così come l'istituzione di "zone rosse" per singoli comuni con cluster di infezione da COVID-19 e la prevenzione di assembramenti per eventi locali
- la disposizione di Regione Lombardia, tramite Ordinanza n. 528 del 11.04.2020, per l'utilizzo di mascherine o di ogni altro indumento utile alla protezione di naso e bocca.

Sono stati indicati i link per i siti regionali dedicati all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Sono state definite le seguenti proposte:

- garantire un'area in ogni sito regionale (laddove non esistente) dove possano essere presenti in archivio tutti i procedimenti, protocolli, circolari regionali divisi per area tematica (sanità o focus coronavirus) sotto forma di file multimediali con indici e testi in formato .pdf (proposta della Sezione Piemonte e Valle d'Aosta);
- garantire contestualità ed integrazione fra gli indirizzi e disposizioni fornite alla rete ospedaliera e territoriale.

ISS ha indicato i link di riferimento per la rete ospedaliera (es. art .2 Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34), per la rete territoriale (es. linee di indirizzo nazionale per al telemedicina), per isolamento e controllo dei contatti e per protocollo di sorveglianza epidemiologica dei migranti.

Nota di commento per la rete ospedaliera (esempio: organizzazione a rete COVID+/COVID-; organizzazione ad Hub e Spoke; organizzazione del CIO)

La rete ospedaliera è stata implementata e riorganizzata sul territorio nazionale in modo da disporre di strutture di riferimento COVID + omogeneamente distribuite nel territorio delle singole regioni, per arrivare a circa un centro COVID per provincia (tra le altre, es. il Veneto, attraverso la Rete infettivologica articolata in 7 poli).

Si è provveduto a ciò anche attraverso la rimodulazione/riattivazione di strutture sanitarie già esistenti che sono state potenziate con personale dedicato al COVID (Abruzzo, Molise, Veneto) e, talora, anche con modifiche strutturali (Piemonte).

Inoltre, si è provveduto al coinvolgimento di strutture ospedaliere private accreditate (Abruzzo, Molise, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna), alla riconversione di strutture alberghiere (Lazio) e alla creazione reale ex-novo (Lombardia), o solamente programmata (Piemonte, Emilia-Romagna), di nuove strutture dedicate dotate di terapia intensiva.

Le reti ospedaliere sono state organizzate in nodi **COVID+ e COVID-**. Vi è stata anche una modulazione delle strutture COVID+ in base all'intensità di cura (Liguria, Lombardia).

In alcuni casi, anche strutture extra-ospedaliere, come case di cura e RSA, sono state adibite alla gestione di pazienti COVID+ che necessitavano di bassa intensità di cura (Lombardia, Piemonte); in altri casi, sono state dedicate ai pazienti non affetti da COVID con necessità di cure internistiche di bassa/media intensità, in modo da alleggerire il carico assistenziale sugli ospedali (Abruzzo, Molise, Liguria).

La rete COVID+ ha visto una gestione delle risorse strutturali ed umane modulata in maniera flessibile in base a livelli di saturazione progressivi dei posti letto (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Sardegna).

Per prevenire la saturazione dei posti letto nelle strutture sanitarie, in talune realtà, si è provveduto allo spostamento delle competenze ospedaliere sul territorio, con specialisti impegnati a domicilio del paziente; per esempio, in Sardegna, con l'istituzione delle Unità Integrate di Assistenza Territoriale (UIAT) (Sardegna). Numerose strutture ospedaliere sono state adibite esclusivamente alla cura dei pazienti COVID+, in altri casi si è provveduto a separare, nella stessa struttura, i COVID+ dai COVID-, soluzione usata alle volte durante

la fase 1 (es. Piemonte, Sardegna).

Per misurare il grado di occupazione dei posti letto, in qualche realtà si è fatto ricorso ad applicazioni informatiche specifiche: è il caso dell'Umbria con l'app "survey123".

Anche il momento della dimissione è stato oggetto di meticolosa organizzazione, con personale specializzato per valutare la più opportuna destinazione (es. Sardegna, attraverso le cosiddette Unità Regionali di dimissione post ospedaliera per l'individuazione del regime assistenziale extra-ospedaliero più appropriato, Umbria).

Numerose le regioni che hanno adottato il modello organizzativo "**Hub e Spoke**" (riferito da Calabria, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Umbria, Veneto).

Il Comitato Infezioni Ospedaliere (**CIO**), anche sulla base della segnalazione degli specializzandi, è stato coinvolto in maniera disomogenea, talora nella gestione ospedaliera e nella programmazione dell'esecuzione dei tamponi naso-faringei (Lombardia); nei casi dove ne è stata segnalata l'attivazione, i CIO hanno garantito attività di formazione del personale ed in alcuni casi anche attività di monitoraggio delle RSA.

Da fine aprile vi è stata una diffusa riorganizzazione delle reti di assistenza con la ripresa generale delle attività sanitarie.

Nota di commento per la rete territoriale (esempio: utilizzo della telemedicina e ricognizione forme associative dei MMG)

Relativamente all'attività svolta dalla **rete territoriale**, l'indagine svolta ha permesso di evidenziare che, nella maggior parte delle regioni, non sono state attivate autonomamente particolari forme associative dei Medici di Medicina Generale (MMG); per contro, risultano attivate in Lombardia (attraverso le USCA, il potenziamento delle cure palliative domiciliari e la sorveglianza della presa in cura domiciliare del pz COVID-19), nelle Marche (con il potenziamento della rete territoriale e attivazione di 19 USCA unitamente ad un utilizzo il più estensivo possibile della **telemedicina**), in Liguria con forme di autofinanziamento da parte dei MMG finalizzate all'acquisto di DPI, o in Umbria dove le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), precedentemente istituite tra MMG, hanno svolto una funzione di "filtro" dei pazienti. In Toscana, inoltre, è stato creato un gruppo di lavoro misto tra Ospedale, Dipartimento e MMG con suddivisione dei compiti e migliore gestione dei casi.

Nella regione Veneto i MMG ed i PLS hanno avuto la possibilità di prescrivere il tampone diagnostico per Sars-Cov-2 aspetto che, unitamente alla implementazione delle metodiche di testing "drive through", ha incrementato il numero di test eseguibili (riducendo anche il consumo di DPI, garantendo al contempo le adeguate misure di sicurezza).

Alquanto variegato anche l'impiego della telemedicina: numerose sono le regioni che non riferiscono l'utilizzo di tale metodologia, situazione confermata anche attraverso il riscontro effettuato dagli Specializzandi i quali lamentano carenza di processi di informatizzazione che hanno determinato in molti casi "*ritardi e confusione tra il personale con conseguente appesantimento dei processi*". Tuttavia, alcune forme di telemedicina sono state sperimentate in varie realtà nell'ambito delle prescrizioni farmaceutiche e, in diverse occasioni, sono stati utilizzati, in via sperimentale, software per il contact-tracing. In particolare, in una ASL della Liguria, nonostante un quadro generale di segnalata difficoltà di assistenza da parte della rete territoriale e la scarsa informatizzazione, la telemedicina è stata impiegata per la sorveglianza dei casi e dei contatti e, nel Lazio, attraverso i MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale con sperimentazioni di teleassistenza su specifiche categorie di pazienti. Il Lazio, inoltre, vanta la realizzazione di una applicazione per smartphone denominata "LAZIODOCTOR per COVID", quale strumento di consultazione/informazione per tutti i cittadini e di telesorveglianza-tele monitoraggio per gli assistiti in corso di valutazione in quanto esposti al rischio di contagio e per i pazienti COVID-19 positivi, per i quali è stato disposto l'isolamento domiciliare. Anche la Sardegna ha attivato una applicazione denominata "Sardegna Sicura", anche se più

specificamente dedicata alla registrazione dei passeggeri in arrivo nell'Isola attraverso linee aeree o marittime, con funzione di tracciamento volontario e registrazione degli spostamenti. Anche in Umbria la telemedicina è stata utilizzata attraverso le USCA con un pacchetto di trasmissione dati di ECG e spirometria, con esami referatati on line dai medici ospedalieri.

Altri sistemi informatici e/o di messaggistica sono stati impiegati: per es. in Calabria, numerosi medici hanno utilizzato vari servizi informatici (sms, videochiamate WhatsApp, Meet e altre piattaforme web) per comunicare con i pazienti nel periodo di lockdown, così come in Lombardia risultano impiegati saturimetri Wi-Fi, RX torace digitale la cui tele-refertazione fa riferimento ad un sistema RIS-PACS governato dalla diagnostica per immagini dell'ospedale di riferimento ed integrata nella rete dell'urgenza-emergenza.

Competenza nell'approvvigionamento delle scorte (nazionale o regionale), capacità di acquisire adeguate dotazioni (tipologia e numero) e scorte adeguate di tamponi nasofaringei, DPI, ventilatori polmonari, ossigenoterapia domiciliare

Si premette la competenza dell'Organismo notificato (ON 0373) che opera presso ISS e svolge attività di certificazione CE per Dispositivi medici (DM) di cui alla Direttiva 93/42/CE e s.m.i., per dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) di cui alla Direttiva 98/79/CE e s.m.i.

Nel primo periodo della pandemia tutte le regioni hanno lamentato un'ampia carenza di presidi dedicati alla gestione della COVID-19. È chiaro che questa situazione, unitamente alle scarse conoscenze sulle modalità di trasmissione dell'infezione e sulla reale percezione del rischio infettivo anche da parte di una non trascurabile quota del personale sanitario, ha contribuito non poco alla diffusione dell'epidemia.

A tale scarsa disponibilità (soprattutto di DPI, tamponi, reagenti e laboratori) in alcune regioni si è unita la carenza dovuta al sequestro effettuato da parte di nazioni in cui il materiale era in transito (lamentato, per es. dalla Emilia-Romagna). Inoltre, in alcuni contesti, proprio a causa delle scorte insufficienti di DPI, sono state emesse ordinanze attraverso le quali si disponeva l'utilizzo della mascherina o, in subordine, di qualunque altro indumento a copertura di naso e bocca (Lombardia).

In seguito, sia per l'intervento delle regioni e delle rispettive aziende sanitarie, sia della protezione civile, sia di donazioni di enti, associazioni e privati cittadini, unitamente all'avvio della produzione in ambito nazionale (es. Toscana), si è riusciti ad incrementare la disponibilità di DPI.

Relativamente alla disponibilità di tamponi e conseguente processazione, è opportuno citare quanto avvenuto in Veneto dove, in seguito dell'intuizione del Professor Crisanti, la regione ha adottato un modello fortemente basato sul testing e sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio. In particolare, il sistema di testing si è avvalso, a differenza di molte altre regioni, di macchine a circuito "aperto" per l'analisi dei tamponi, procedura che permette di utilizzare reagenti non proprietari (dalla più facile reperibilità rispetto a quelli proprietari) unitamente a pipettatrice a ultrasuoni; tali procedure hanno permesso di incrementare notevolmente l'efficienza e la velocità del processo analitico arrivando, in condizioni ottimali, a poter processare fino a 20.000 tamponi al giorno.

Strategie di ottimizzazione dell'impiego dei tamponi sono state impiegate sempre in Veneto, dilatando da 14 a 21 giorni il re-test con doppio tampone in considerazione dell'elevata percentuale di positivi rilevati sui 14 giorni.

Non ha creato particolari problemi, invece, la disponibilità di ventilatori polmonari e dispositivi per ossigenoterapia domiciliare (es. sezione Apulo-Lucana, Sardegna). Prevedendo eventuali carenze, altre regioni si sono attivate con soluzioni alternative, es. Veneto, che ha anche avviato un censimento dei respiratori meccanici usati dai veterinari (reperendone 50 disponibili), ma pensati per l'uso umano, da utilizzare "in situazioni di emergenza estrema" nei reparti ospedalieri.

Quale strategia di isolamento e controllo dei contatti, sia sintomatici che asintomatici

Su tutto il territorio nazionale sono state seguite le linee guida e raccomandazioni emanate dalle istituzioni nazionali competenti relative alla gestione domiciliare dei casi accertati e sospetti COVID-19 positivi, ovvero la quarantena per i casi accertati e l'isolamento fiduciario per quelli sospetti.

Questi pazienti sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte dei servizi di sanità pubblica, MMG o PLS, i quali li contattavano quotidianamente per acquisire notizie riguardo le condizioni cliniche ed eventuale sintomatologia specifica; in regioni quali Marche, Piemonte e Sardegna, i medici delle USCA si recavano a domicilio del paziente sintomatico per effettuare la visita.

Per facilitare l'identificazione di soggetti a rischio e velocizzare le procedure contumaciali, alcune realtà provinciali come l'ULSS2 del Veneto, hanno implementato un call centre dedicato per l'emergenza a supporto dell'utenza e un call center dedicato per i MMG e PLS, attivando, inoltre, un indirizzo e-mail specifico per garantire un ulteriore canale di comunicazione.

Gli specializzandi riferiscono che, nella maggioranza dei casi, i contatti sintomatici sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria con telefonate di monitoraggio effettuate, in alcuni casi, quotidianamente, in altri, in diversi momenti nell'ambito dei 14 giorni di quarantena e a tampone diagnostico. Nella gestione degli asintomatici, in alcuni casi, è stata prevista la sola sorveglianza sanitaria per 14 giorni, senza la necessità di una negatività ad un tampone diagnostico mentre, in altri, sono stati effettuati entrambi.

Inoltre, in alcune regioni quali Liguria, Piemonte, Sardegna e Veneto risulta sia stata attuata la procedura del "pit stop" o "drive through", effettuando cioè tamponi orofaringei sia a soggetti COVID-19 positivi sia a loro contatti presso centri sanitari mobili attraverso il prelievo rapido e sicuro a bordo della propria autovettura.

Evidenza della tempestività di ricovero del paziente sintomatico in terapia intensiva

La tempestività è dipesa da alcuni fattori riferiti al processo assistenziale predisposto, quali: l'appropriatezza diagnostica, il controllo al domicilio e la funzione di filtro svolta da parte dei MMG e dei medici di sanità pubblica, dall'efficienza del trasporto del sistema di emergenza/urgenza, così come dai pronto soccorso ospedalieri ma anche dalla disponibilità di posti letto nei setting assistenziali a maggiore complessità, per l'accesso ai quali sono stati creati specifici protocolli qualora la domanda superasse l'offerta.

È opportuno rimarcare che, nella stragrande maggioranza delle regioni, l'offerta ha superato la domanda anche grazie al diffuso (e programmato progressivo) incremento di posti letto in terapia intensiva (TI) in modo da far fronte all'emergenza. Nonostante ciò, per far fronte a carenze di disponibilità, come noto, in alcuni casi si è dovuto ricorrere alla creazione di nuove strutture ospedaliere o, addirittura, inviare pazienti all'estero (Germania).

Presidi/aree ospedaliere dedicate, in sicurezza, alla degenza di pazienti COVID-19 positivi e potenziamento delle terapie intensive

Su tutto il territorio nazionale sono stati implementati i posti letto dedicati ai pazienti affetti da COVID-19; nei reparti più comunemente coinvolti quali malattie infettive, pneumologia e terapie intensive vere e proprie, l'incremento si è spinto, a volte, anche oltre il raddoppio della disponibilità iniziale e, in alcune regioni, come ad esempio Lombardia e Piemonte, ha garantito, in linea di massima, una risposta all'emergenza attraverso una complessa riconfigurazione strutturale e organizzativa.

In altre regioni, alcuni presidi ospedalieri sono stati interamente adibiti alla gestione di pazienti COVID-19 positivi, con aree dedicate, separazione dei percorsi sporco-pulito, creazione dei check-point di pre-triage esterni, creazione di una modulistica per i trasporti (con aree di sanificazione dei mezzi ben delimitate), creazione di magazzini per COVID, piano di ristorazione *ad hoc* sia per i degenti che per i dipendenti, trasformazione dei blocchi operatori a pressione positiva in strutture di terapia intensiva a pressione negativa.

Infine, sono state predisposte strutture itineranti, o ospedali da campo, eventualmente a disposizione per accogliere in caso di necessità pazienti COVID positivi in sovrannumero.

Infine, quasi la totalità degli Specializzandi impegnati nell'emergenza COVID riferisce l'istituzione di presidi/aree ospedaliere dedicate a pazienti COVID e la creazione di percorsi protetti nell'ambito dei P.S. e dei punti di primo soccorso. In egual modo è segnalato il potenziamento delle terapie intensive.

Quale capacità di cura al domicilio del paziente COVID-19 (esempio: organizzazione e attivazione delle USCA; alberghi COVID-19, tempi di attivazione, numero posti attivati ed attivi)

Il modello generale di assistenza al paziente a domicilio adottato, descritto con dovizia di particolari dalla Sezione Piemonte, prevede una prima valutazione del paziente da parte del medico di famiglia (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS), somministrazione della terapia in base alla valutazione dei sintomi e conoscenza del paziente. Nel caso di scarsa efficacia, e diagnosi di Covid-19 sempre più probabile, si procede a informare il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) (o altre denominazioni adottate dalle regioni) del Dipartimento di Prevenzione della ASL territoriale. Il pz. diventa ufficialmente un sospetto, che potrà essere confermato o meno con il tampone solo in caso di contatti stretti con un positivo conclamato. Se non si necessita subito di ospedalizzazione, inizia la fase del monitoraggio al domicilio, per valutare l'evolversi della situazione.

In particolare, anche per la crisi manifestatasi in numerosi contesti da parte di tale modello, in questa fase, intervengono le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) previste a seguito dell'emanazione del D.L. 9 marzo 2020, n. 14 (*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*). Può essere lo stesso medico ad attivarle, così come il pediatra o la guardia medica o il SISP, che ha la responsabilità generale di tutti i pazienti COVID-19 positivi. Infine, la segnalazione può arrivare dall'ospedale, quando si tratta di pazienti dimessi, che tornano al domicilio dopo aver superato la fase più critica.

Pertanto, tutte le regioni rispondenti al questionario hanno istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), in Liguria denominate GSAT (Gruppi Strutturati di Assistenza Territoriale). Tuttavia, la loro effettiva attivazione non risulta distribuita in maniera omogenea nel territorio; infatti, l'effettiva operatività è avvenuta in modo graduale anche in relazione alla difficoltà di reclutare il personale previsto ed ai bisogni manifestati dai vari contesti territoriali nelle regioni di pertinenza (es. Sardegna, dove sono state attivate primariamente nelle Aree Socio Sanitarie Locali maggiormente interessate dalla epidemia, nello specifico quelle del Nord Sardegna (Sassari ed Olbia).

In Veneto è stata modificata l'attuazione della sorveglianza attiva rivolta ai soggetti asintomatici e sintomatici: la sorveglianza attiva rivolta ai soggetti "asintomatici" passerà gradualmente, ed in parte, dall'attività dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) al Servizio di Telesoccorso, che si occuperà di chiamare giornalmente tutti i soggetti asintomatici, con l'utilizzo di strumenti operativi forniti dal SISP. Nel momento in cui venisse rilevato che un soggetto presenta sintomi, questo verrebbe tempestivamente segnalato al SISP di riferimento per l'attivazione delle azioni conseguenti. La Sorveglianza Attiva, rivolta ai soggetti "sintomatici", ha previsto invece, la valutazione a domicilio del paziente con eventuale applicazione dei protocolli terapeutici sperimentali per evitare il peggioramento delle condizioni cliniche dello stesso.

Anche in base a quanto riferito dagli Specializzandi si nota, invece, una marcata disomogeneità nell'individuazione della disponibilità di alberghi COVID (previsti in Emilia-Romagna, Lombardia Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana) ed in alcune realtà, queste sono previste per l'inizio della stagione estiva.

Efficacia nella sorveglianza e tutela delle RSA (evidenziare la tempistica di attivazione di specifici interventi anche precedenti all'emergenza)

Si premette il riferimento di ISS "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV 2 in strutture residenziali sociosanitarie.

Su tutto il territorio nazionale le RSA hanno rappresentato una comunità particolarmente a rischio nell'ambito della quale si sono verificati numerosi decessi; sulla base di tale riscontro, in pressoché tutte le regioni sono stati sottoposti a screening sia il personale di assistenza che gli ospiti delle strutture e limitate fortemente, o assolutamente bloccate, le visite dei parenti degli ospiti.

In particolare, inserimenti e riammissioni sono stati sottoposti in alcune regioni (es. Lazio, Piemonte) ad isolamento precauzionale di 14 giorni, con esecuzione di tampone in caso di presenza di sintomatologia o di forte sospetto di positività; gli spazi delle strutture sono stati organizzati in modo da garantire un adeguato distanziamento sociale fra i pazienti; i pazienti hanno dovuto utilizzare la mascherina chirurgica in presenza di altri pazienti e/o operatori; in altre regioni, invece, (es. Liguria) gli inserimenti e le riammissioni nelle strutture residenziali sono state sospese nel periodo "post-picco".

In Piemonte l'attività dell'area funzionale di coordinamento delle RSA, appositamente costituita in seno all'Unità di crisi, ha eseguito il monitoraggio settimanale delle oltre 700 strutture socio-assistenziali per anziani della regione attraverso un dettagliato report settimanale da cui si evincono eventuali carenze di operatori (OSS, infermieri e medici), stato di salute di pazienti e operatori, possibilità delle strutture di garantire l'isolamento di pazienti sintomatici e positivi. In seguito al riscontro di alcune criticità sono state avviate diversificate azioni correttive: assunzione di 2.000 unità di personale, formazione di un elenco di operatori disponibili, integrazione di personale infermieristico da parte delle ASL, arrivo di infermieri da Esercito, Aeronautica e Protezione civile. È stato, inoltre, richiesto a tutte le Asl di mettere a disposizione 1 infermiere ogni 20.000 abitanti per garantire l'attività infermieristica integrativa (e non sostitutiva) alle RSA. Grazie alle misure adottate, quasi 100 RSA in grave difficoltà hanno potuto garantire un servizio che, alternativamente, non sarebbero state in grado di offrire.

In Lombardia, anche in seguito a una fase di forte stress lamentato dalle strutture ospedaliere, si è rilevata l'indicazione di individuare, da parte di ATS, RSA da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi; inoltre, si sono osservate alcune azioni in controtendenza, quali: l'accettazione dei visitatori previa autocertificazione, nel caso di aggravamento clinico di ospiti > 75 anni comorbidi, l'opportunità di espletare le cure nella RSA evitando il trasporto in ospedale e la relativa attesa in pronto soccorso; successivamente, invece, è stata adottata una circolare tendente a sospendere l'inserimento di nuovi ospiti nelle RSA provenienti dalle strutture ospedaliere ed infine con la DGR 3226/2020 a dettagliare le specifiche per garantire nelle RSA e strutture sociosanitarie la prevenzione del rischio da COVID-19.

In Umbria, grazie ai sopralluoghi effettuati dai medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono state fornite indicazioni per la ristrutturazione di alcune RSA.

In Toscana, è stato creato un gruppo di lavoro, composto dall'Agenzia Regionale di Sanità con il network di Valore in RSA, il Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente e il Settore "Politiche per l'integrazione socio-sanitaria" della Regione che ha lavorato alla realizzazione di un documento tecnico con l'intento di fornire indicazioni a livello regionale per gestire l'emergenza COVID-19 nelle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili (RSA, RSD).

In Veneto sono state istituite "Task Force RSA" dedicate alla mappatura e alla gestione delle RSA (più di 300 in tutto il Veneto, con oltre 33.000 ospiti e più di 30.500 operatori) sia nel processo di monitoraggio che per l'esecuzione dei test (tamponi e sierologici). In particolare, per tali strutture è stata indicata un'azione di valutazione del rischio mirata per struttura ed effettuata da un "team" costituito dal personale del SISP, dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali, al fine di giungere alla definizione di un piano di sanità pubblica specifico per tali strutture e con precise indicazioni rispetto all'isolamento dei pazienti, alla gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale e alla gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.

In tale ambito, sono state eseguite quotidianamente rilevazioni delle eventuali sintomatologie manifestate da

ospiti e operatori e tali rilevazioni venivano riportate direttamente alle Task Force per velocizzare la fase di testing e migliorare le strategie di contact tracing e isolamento.

In molte realtà, infine, sono state effettuate sanificazioni “a tappeto” delle diverse strutture e bonifiche ambientali, anche con l'aiuto dei militari dell'esercito (segnalati da Piemonte e Sardegna). In particolare, in Sardegna, è stata costituita una Task Force sanitaria composta da medici e infermieri del Dipartimento Militare di Medicina Legale di Cagliari, della Brigata Sassari e della Marina Militare che ha provveduto ad effettuare circa 5.000 tamponi in un centinaio di RSA e Case di riposo del centro-nord Sardegna; lo screening è stato effettuato sugli ospiti e operatori di tali residenze, unitamente a valutazioni cliniche per il rilievo di sintomatologia associata all'infezione da Sars-Cov2. L'attività svolta ha, inoltre, compreso sia la verifica procedurale e dei percorsi all'interno della struttura, sia la decontaminazione e bonifica esterna per ridurre i rischi del personale legati alla vestizione/svestizione. Soprattutto nel territorio di competenza dell'AOU di Sassari, il personale militare ha operato attraverso un virtuoso esempio di integrazione ospedale-territorio con il supporto delle cosiddette Unità Integrate di Assistenza Territoriale (U.I.A.T.) che, oltre alla composizione precedentemente citata, ha visto la partecipazione di medici specialisti in medicina interna, pneumologia e malattie infettive afferenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari.

Nomina di Comitato tecnico-scientifico e quale partecipazione di componenti con disciplina in Igiene e Medicina Preventiva e quale coinvolgimento della Sezione regionale SItI

Il presidente di ISS ha partecipato al CTS nazionale.

Sono stati diffusamente istituiti, in tutte le regioni, comitati tecnico-scientifici a sostegno delle unità di crisi regionali. La composizione di tali comitati ha visto una partecipazione multidisciplinare con differenti professionalità, sia mediche che tecniche e, in pressoché tutte le regioni rispondenti al questionario, tra i componenti si annovera la presenza di specialisti in Igiene e Medicina Preventiva. In particolare, in alcune Regioni (Basilicata, Puglia, Calabria, Liguria, Lombardia, Sardegna e Veneto) i componenti del comitato sono iscritti alla S.It.I.

Quale partecipazione e valutazione delle indagini sierologiche di prevalenza in cluster di popolazione

ISS sottolinea che l'indagine nazionale è tuttora in corso e non sono ancora disponibili risultati preliminari. Per quanto riguarda la partecipazione a indagini sierologiche con valutazioni di prevalenza condotte in cluster di popolazione, emerge che tutte le regioni hanno aderito al programma nazionale di screening organizzato dal Governo/Ministero con la collaborazione dell'ISTAT e della Croce Rossa Italiana; così come in tutte le regioni sono state condotte (anche se con tempistiche differenziate ed estensione più o meno ampia a varie tipologie di ruoli ricoperti) indagini su operatori sanitari.

Numerose, inoltre, sono state le regioni che si sono prodigate nell'organizzare test sierologici su particolari coorti di popolazione: per es. Marche, Piemonte e in parte anche il Lazio, hanno esteso le indagini a corpi di Polizia ad ordinamento civile e militare, forze armate, vigili del fuoco e uffici giudiziari. Lazio, Liguria, Sardegna e Veneto hanno “testato” anche personale ed ospiti di RSA.

Ulteriori iniziative di ampliamento delle indagini sierologiche si rilevano in altre regioni rivolte a particolari coorti di popolazione:

- progetti di ricerca di sieroprevalenza su lavoratori di aziende pubbliche e private in Puglia
- screening organizzato dai datori di lavoro tramite medico competente e laboratori privati preliminarmente autorizzati e test per privati cittadini, previa indicazione di un medico di fiducia, nella regione in Emilia-Romagna
- test su cluster di popolazione, lavoratori e singoli cittadini (anche se non coordinati) in Lombardia
- studio epidemiologico regionale in comparti/settori lavorativi diversi da quello sanitario nella regione Marche

- screening e test privati presso laboratori autorizzati nonché sorveglianza epidemiologica in Alta Val di Susa “Open Valley” in popolazione di circa 14.000 abitanti
- screening volontario diretto ai lavoratori di enti/aziende pubbliche o private con onere a carico del datore di lavoro, test offerto ai singoli cittadini a proprio carico previa prescrizione del medico di fiducia, screening attivati da singoli Comuni in Sardegna
- test pre-screening di riapertura di attività economiche in Umbria
- esecuzione di più di 11.000 test rapidi (PCOT, con ricerca qualitativa cromatografica per anticorpi IgM e/o IgG, e successivo tampone diagnostico nei soggetti positivi) denominata “Operazione Palaverde” presso la Ulss2 a Treviso dal 4 al 14 maggio in categorie di persone rimaste socialmente attive durante il periodo pandemico con un grado di esposizione superiore alla popolazione rimasta in quarantena a domicilio (forze dell'ordine, operatori dei Comuni, mondo del volontariato socio-sanitario e del comparto della distribuzione alimentare). L'operazione ha permesso successivamente di realizzare una campagna di recupero vaccinale in sicurezza sfruttando lo stesso modello organizzativo-logistico.

Quale coinvolgimento tecnico-scientifico nella definizione della fase 2

ISS è stato costantemente coinvolto nel CTS ed in particolare per quanto riguarda la riapertura degli Istituti scolastici a settembre 2020.

Durante la “fase 2” vi è stato un coinvolgimento della S.It.I., seppur non uniforme, nell'implementazione di direttive per la ripresa dell'attività ospedaliera e territoriale, soprattutto nelle strutture socio-assistenziali e sanitarie, pubbliche e private. In particolare, in alcune regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana) la S.It.I. è stata coinvolta nella valutazione tecnico-scientifica, anche per la stesura di ordinanze e determinazioni di giunta regionale.

Membri della S.It.I. si sono occupati, inoltre, di identificazione e tracciamento dei contatti. Inoltre, nella regione Piemonte, sono stati creati quattro gruppi di consultazione e lavoro: uno di questi avente il compito di certificare le carenze strutturali, in modo da costruire una strategia che rivolga particolare attenzione alla medicina del territorio e al corretto rapporto tra assistenza ospedaliera e territoriale.

Infine, vi è stato un ruolo importante anche nella determinazione delle misure di contenimento sociale e, in Sardegna, nella gestione degli accessi aeroportuali, nella definizione dell'indice di riproduzione effettivo (Rt) e nella valutazione sulla possibilità di vincolare l'accesso all'Isola solo a coloro in possesso del cosiddetto “passaporto sanitario”.

Approvazione di protocolli per la gestione e controllo di “zone rosse” di focolai epidemici nella “fase 2”

Nella maggior parte delle regioni italiane non sono stati istituiti protocolli per la gestione e il controllo di “zone rosse” di focolai epidemici in “fase 2”. Tuttavia, alcune regioni hanno confermato il mantenimento dei protocolli delle zone rosse attuati in “fase 1” (es. Calabria, Campania).

L'attività di sorveglianza e di contact-tracing è stata omogenea su tutto il territorio nazionale.

Notevolmente particolareggiato il monitoraggio epidemiologico attivato in Piemonte istituito a fine aprile comprendente, tra l'altro, un monitoraggio di “fase 2” finalizzato ad acquisire le informazioni legate agli effetti dell'attenuazione delle misure di lockdown, un accordo integrativo regionale con le organizzazioni dei MMG per la fase 2 rivolto alla creazione di reti di monitoraggio basate sul modello del medico sentinella, in grado di identificare precocemente i casi sospetti sulla base del riscontro clinico che precede la diagnosi di laboratorio.

In Veneto, nell'ambito delle linee di indirizzo per la riapertura delle attività economiche, produttive e ricreative a partire dal 18 maggio vengono esplicitate direttive specifiche per i singoli settori di attività,

finalizzate a fornire uno strumento sintetico di applicazione delle misure di prevenzione e contenimento (tra cui: l'individuazione in ogni azienda di un "Covid-Manager" come figura di riferimento, la definizione di un Piano aziendale dei "rischi Covid" e la definizione e applicazione rigorosa di dieci indicazioni operative da attuare in azienda).

ISS richiama la possibilità per il Sindaco di emettere Ordinanze di istituzione delle zone rosse come Autorità sanitaria locale.

Protocolli di sorveglianza epidemiologica di comunità etniche

Non risulta che nessuna regione abbia redatto particolari protocolli per la sorveglianza epidemiologica di comunità etniche. Tuttavia, si segnala che la regione Marche, abbia predisposto un protocollo ad hoc in seguito a un cluster verificatosi in una struttura residenziale con ampia componente di stranieri, ospiti e residenti.

Nonostante la difficile sorveglianza e tracciamento degli homeless, è stata segnalata, soprattutto dagli specializzandi, una diffusa collaborazione tra autorità comunali, dipartimenti di prevenzione, MMG e servizi di associazionismo al fine di supportare proprio i soggetti senza fissa dimora.

Provvedimenti regionali di controllo delle matrici ambientali

Pressoché tutte le regioni, in riferimento alle indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani diffuse dall'Istituto Superiore di Sanità in merito alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2, hanno emanato ordinanze relative allo smaltimento di rifiuti urbani.

Da quanto comunicato risulta, inoltre, che altre regioni si siano preoccupate anche della prevenzione attraverso il monitoraggio di altri comparti ambientali, es.:

- indagini locali e ricerca del virus nelle acque di scarico e correlazione inquinamento atmosferico/ Covid-19 nella regione Emilia-Romagna,
- controllo degli effetti del lockdown sulle emissioni in atmosfera e livelli di inquinamento nell'aria nel periodo dal 23 febbraio al 31 marzo 2020 ad opera dell'ARPA della regione Veneto,
- ma anche intensificazione di analisi su acque superficiali, acque condottate, acque ricreative (piscine), alimenti, reflui, rifiuti ma soprattutto aria e superfici mediante controlli in strutture ospedaliere, RSA, nonché in industrie (sempre aperte anche durante l'emergenza) nella regione Toscana.

PUNTO 3. Evidenze delle diversità di approccio delle Regioni ed i conseguenti effetti nella gestione e controllo della epidemia in termini di diffusione e gravità (4 domande prioritariamente a cura di ISS)

ISS ha provveduto ad indicare, al termine dell'indagine, i titoli dei rapporti ed i link per acquisire i dati epidemiologici ed il riscontro degli indicatori ex allegato 10 del DPCM 26.04.2020 per integrare l'indagine con un riferimento omogeneo e validato e consentire un confronto il più corretto possibile e completo fra Regioni. La Sezione Emilia-Romagna ha allegato analisi di mortalità e riscontro sugli indicatori del DPCM 26.04.2020

In attesa di concludere la valutazione del Punto 3), si richiama una considerazione della Consulta degli Specializzandi nel Punto 5) "...In merito a quanto sperimentato in questi mesi si è riflettuto riguardo l'assetto organizzativo del nostro SSN in risposta ad emergenze di tipo epidemico, osservando come in tali casi una risposta molto diversificata come quella data dai veri sistemi regionali possa risultare meno efficace rispetto ad un'azione decisa, rapida e diretta da parte delle Istituzioni a livello centrale, in modo da poter agire allo stesso modo su tutto il territorio nazionale..."

PUNTO 4. Evidenziare i rapporti fra Organi nazionali e internazionali (a cura di ISS) e fra Organi nazionali e regionali nella gestione della pandemia (4 domande)

Le Sezioni Calabria, Lombardia e Piemonte hanno indicato alcune differenze fra Organi nazionali e regionali:

- 1) la Regione Calabria con Ordinanza del 29.04.2020 ha anticipato la riapertura delle attività alimentari e di ristorazione
- 2) la Regione Lombardia ha in una prima fase introdotto diverse modalità di controllo del personale delle RSA ed ha disposto con Ordinanza 528 del 11.04.2020, confermata con Ordinanza 555 del 29.05.2020, l'utilizzo di "mascherine o di ogni altro indumento utile alla protezione di naso e bocca"
- 3) La Regione Piemonte ha disposto l'esecuzione di tamponi nasofaringei sia nei casi sospetti che nei contatti non conviventi.

Complessivamente non sono state evidenziate sensibili diversità per quanto riguarda i criteri di pianificazione delle indagini diagnostiche, di esecuzione del contact tracing, dei sistemi di rilevazione dei dati ed infine delle disposizioni di tutela della salute pubblica nella fase 2, così come anche confermato da ISS.

PUNTO 5.

PROPOSTE SULLA BASE DELL'INDAGINE EMERGENZA COVID 19 DA PARTE DELLE SEZIONI REGIONALI PARTECIPANTI (ABRUZZO-MOLISE, APULO-LUCANA, CALABRIA, CAMPANIA, EMILIA-ROMAGNA-LAZIO, LIGURIA, LOMBARDIA, MARCHE, PIEMONTE e VALLE D'AOSTA, SARDEGNA, TOSCANA, TRIVENETO, UMBRIA), di ISS e del COLLEGIO DEGLI SPECIALIZZANDI

L'indagine elaborata, tramite le risposte alle check list compilate, ed i confronti avvenuti fra le Sezioni Regionali partecipanti ed il Collegio degli Specializzandi hanno consentito di definire proposte condivise sulla base delle esperienze maturate nella emergenza epidemiologica e finalizzate a migliorare la preparazione per gestire una pandemia ed a rafforzare ed innovare l'organizzazione e le attività di prevenzione.

È strategico garantire una forte leadership della disciplina tramite professionisti, esperti e autorevoli di sanità pubblica alla direzione e gestione delle attività di prevenzione in ogni ambito istituzionale ed aziendale.

Questa leadership deve avere anche piena consapevolezza di quanto l'emergenza epidemiologica COVID-19 possa aumentare le disuguaglianze rispetto all'applicazione dei LEA ed alla fruizione delle prestazioni del SSN e come la prevenzione abbia un ruolo determinante nel contrastare queste possibili criticità.

Il rafforzamento della sanità pubblica è necessario anche per le attività di informazione e controllo per le attività commerciali, scolastiche, sportive, religiose, ricreative e turistiche.

I contenuti dell'indagine e le proposte delineate, in coerenza con lo Statuto della SItI, possono essere utilizzate per il confronto:

- 1) con gli Stakeholder Istituzionali e Sociali e con le Società Scientifiche sulle ipotesi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale con particolare attenzione alla valutazione delle "mega aziende sanitarie" rispetto alle performance delle attività di prevenzione e di assistenza primaria

IL RAFFORZAMENTO

Si rende necessario il rafforzamento degli assetti organizzativi tramite:

- 1) L'eliminazione del blocco dei costi del personale sanitario come previsto dalla legge 135/2012.
- 2) Il reintegro del personale medico e delle professioni sanitarie alle dotazioni, presenti almeno nel 2010, per quanto riguarda i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti di Cure Primarie, i Distretti e le Direzioni Mediche di Presidio ospedaliero; l'inserimento di nuovi operatori come l'infermiere di comunità
- 3) la ricognizione, con urgenza, in ogni Regione delle dotazioni organiche al 1° dicembre 2020 confrontate

al 1° dicembre 2019 e la determinazione dei conseguenti fabbisogni per gestire e controllare nel 2021 compiutamente contact tracing, piano vaccinale anti COVID-19, gli interventi di prevenzione non farmacologici in corso di COVID-19 ed infine per rilanciare le attività di promozione della salute, prevenzione delle patologie croniche con particolare attenzione agli screening

- 4) Il potenziamento dei Servizi Regionali di coordinamento e supporto delle attività di prevenzione compresi gli Osservatori epidemiologici.
- 5) La garanzia, nei Dipartimenti di Prevenzione, dell'effettiva disponibilità di 1 operatore/10.000 abitanti formato e dedicato alle attività di contact tracing e di inchieste epidemiologiche in applicazione della Circolare Ministero della Salute "emergenza COVID-19 attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio della fase 1 alla fase 2° di cui all'allegato 10 del DPCM 26.04.2020".

Per le attività di contact tracing si evidenzia la necessità di:

- promuovere l'utilizzo di piattaforme digitali di gestione dei casi covid e della sorveglianza sanitaria, monitoraggio e controllo, con il supporto dei sistemi informativi, ed in connessione con le banche dati disponibili (anagrafiche, esenzioni per patologia, CUP, etc ...) con attenzione anche ai pazienti cronici con polipatologie
 - definire una soglia massima per la gestione di contact tracing (es. max 10 indagini epidemiologiche/giorno/operatore) e comunque correlata alla capacità operativa del Dipartimento di Prevenzione di riferimento
 - definire criteri e modalità di semplificazione del contact tracing in una situazione di forte crescita dei casi (es. coinvolgimento di MMG)
 - diffondere buone pratiche di gestione dei casi covid e di semplificazione del contact tracing
- 6) La stabilizzazione delle "new entry", compresi gli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva, a seguito della emergenza epidemiologica.
 - 7) L'aumento dei posti disponibili delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva.
 - 8) L'adeguamento e recupero tecnologico dei Dipartimenti di prevenzione con particolare attenzione alla digitalizzazione.

L'INNOVAZIONE

Si rende necessaria l'innovazione tramite:

- 1) il superamento delle logiche organizzative a silos, verticali e separate, per sviluppare percorsi assistenziali trasversali di Prevenzione-Territorio/MMG-Ospedale anche, e soprattutto, nella gestione delle emergenze; è chiara evidenza dell'efficacia dei percorsi assistenziali integrati con la presa in carico dei casi di COVID-19 al domicilio;
- 2) rinnovata attenzione alle comunità scolastiche sia come controllo dell'attuazione delle azioni preventive sia come sede privilegiata di informazione ed educazione per la prevenzione di rischi infettivi (la responsabilità è naturalmente alle UO del Dipartimento di Prevenzione come Igiene e Sanità pubblica oppure Medicina Preventiva delle comunità laddove prevista);
- 3) piena integrazione dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, con le USCA nell'ambito del Distretto sanitario;
- 4) l'investimento in telemedicina che, se sistematica e gestita da MMG/PLS in struttura associata ed integrata, tramite specifici PDTA, con il Medico specialista ospedaliero e con le attività di contact tracing, è uno strumento determinante per consentire sia la presa in cura al domicilio del paziente COVID-19 (o DISEASE X), sia il tempestivo trasferimento del paziente in ricovero ospedaliero in degenza ordinaria oppure in terapia intensiva;
- 5) la tempestiva disponibilità di alberghi sanitari COVID-19/DISEASE X (o strutture analoghe) per

garantire isolamento domiciliare per soggetti impossibilitati ad eseguirlo per motivi strutturali/logistici (es. assenza di stanza dedicata con servizio igienico dedicato) e/o per presenza nel nucleo familiare di soggetti a rischio e con estrema vulnerabilità clinica; queste strutture dovrebbero garantire adeguata sorveglianza medica ed infermieristica e supporto psicologico per consentire l'accesso anche a pazienti con pluripatologie e/o comorbidità non autosufficienti quindi con il riferimento della USCA coordinata con la degenza ospedaliera che ha dimesso il paziente COVID

- 6) proporre nuovi modelli di presa in carico dedicate agli homeless ed ai migranti in strutture che possano ridurre il rischio di contagio.

LA PREPARAZIONE

Si rende necessario garantire e mantenere la preparazione alla pandemia/epidemia da COVID -19 / DISEASE X tramite:

- 1) Il potenziamento dell'epidemic intelligence per consentire un sistema di allerta rapida, anche recuperando l'esperienza di EXPO 2015, con la valutazione dei segnali provenienti dalla sorveglianza di malattie infettive (indicatori based surveillance IBS dai Dipartimenti di Prevenzione, PS, Presidi di primo intervento, MMG, PLS) e dalla sorveglianza di eventi (event based surveillance RBS es. dai media); da valutare per il potenziamento dell'epidemic intelligence l'utilizzo di analisi di matrici ambientali (es. acque reflue) con il referto di nuovi agenti infettivi.
- 2) La formazione ed esercitazione (obbligatoria con frequenza almeno semestrale) del personale sanitario e specificatamente dei Dipartimenti e Servizi della Prevenzione con le modalità indicate nelle azioni del Punto 1) dell'indagine.
- 3) La partecipazione di un rappresentante dei Dipartimenti di Prevenzione e di Cure Primarie e delle Direzioni sanitarie ospedaliere ai Comitati tecnico-scientifici istituiti con lo scopo di fornire indicazioni per la governance di pandemia/epidemia così come alle Unità.
- 4) La garanzia di adeguate scorte (anche in applicazione del criterio di precauzione) di DPI, tamponi nasofaringei, KIT sierologici con marcatura CE, ventilatori polmonari, stroller 50 lt. per ventilazione assistita a domicilio.
- 5) La immediata ed adeguata disponibilità della rete dei laboratori di analisi, a partire dai Laboratori di sanità pubblica, per la processazione dei tamponi nasofaringei e per gli accertamenti sierologici.
- 6) La garanzia di adeguate scorte di vaccino antiinfluenzale ed antipneumococcico per consentire, a partire dal mese di ottobre, la vaccinazione delle classi di popolazione a rischio con una copertura non inferiore all'80%, da rendicontare in ogni Regione al termine delle campagne vaccinali, con lo scopo di evitare la sovrapposizione ed il potenziamento di due possibili epidemie da virus influenzale e da COVID-19 facilitando in tal modo azioni mirate di prevenzione e controllo.
- 7) La responsabilità da parte dei Dipartimenti di Prevenzione nella comunicazione, formazione, pianificazione ed organizzazione della campagna vaccinale anti COVID-19 con la disponibilità di piattaforme digitali per la gestione delle prenotazioni ed il controllo di adesioni, somministrazioni ed effetti collaterali (la comunicazione tempestiva dello stato delle adesioni e degli effetti collaterali può essere uno strumento importante per il successo della campagna vaccinale);

PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE E PIANO PANDEMICO NAZIONALE E REGIONALE

Si rende necessario che i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione e Piani Regionali della Prevenzione debbano definire come obiettivi prioritari la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e la pianificazione della gestione di emergenze pandemiche ed epidemiche.

Occorre:

- 1) Il vincolo di valutazione della performance nel coinvolgimento dei citati obiettivi da parte dei Dipartimenti e Servizi della Prevenzione appartenenti a Ministero della Salute, ISS, Regioni, Aziende Sanitarie e Direzioni strategiche di riferimento.
- 2) Piena sinergia fra i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione e nuovi Piano Pandemico Nazionale e Piani Pandemici Regionali nonché con il Piano Antibiotico-resistenza “PNCAR 2017-2020” il cui riavvio dopo l'emergenza epidemiologica COVID -19 è utile posta la criticità dell'antibioticoresistenza in Italia.
- 3) Prevedere, come obiettivo prioritario di prevenzione e contenimento della diffusione dei contagi, il controllo sistematico dei contatti asintomatici, tramite tampone nasofaringeo nel caso di COVID-19.
- 4) Migliorare l'integrazione e l'armonia delle strategie fra l'ambito nazionale e regionale con modelli più agili per il tracciamento rapido dei casi e nella gestione tempestiva della quarantena/isolamento domiciliare.
- 5) Definire una strategia condivisa per la gestione dei focolai epidemici nelle comunità chiuse, nei luoghi di lavoro, nei trasporti e laddove è possibile l'importazione di casi dall'estero.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Si rende necessaria la revisione del sistema informativo delle malattie infettive superando la frammentazione delle soluzioni “in house” delle singole aziende (ove ancora esistenti) realizzando strumenti condivisi, integrabili ed interoperabili per l'acquisizione delle informazioni in tempo reale fra tutti i soggetti coinvolti (Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, Servizi regionali per l'epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, ISS, Ministero della salute) e per la tempestività delle comunicazioni.

COMUNICAZIONE

Si rende necessario garantire la governance della comunicazione con la redazione di un codice di comportamento per ogni attore e con lo scopo di fornire indirizzi omogenei ed essenziali per prevenire:

- 1) posizioni contraddittorie ed anche conflittuali con effetti negativi sulla popolazione sia come stress sia come difforme percezione del rischio e diversa adesione ai comportamenti da adottare
- 2) infodemia.

In presenza di una pandemia occorre:

- 1) evitare cortocircuiti fra ruoli istituzionali e tecnici ed anche contraddizioni fra Organi nazionali e regionali e fra Organi regionali ed Aziende sanitarie;
- 2) garantire le comunicazioni in materia di prevenzione e nell'ambito nazionale dovrebbero come esclusiva competenza dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità, mentre nell'ambito regionale e locale da parte dei Servizi Regionali di Prevenzione e del Dipartimento di Prevenzione;
- 3) garantire una pronta e facilitata comunicazione, in assenza di limitazioni degli spostamenti, fra Regioni per una tempestiva azione di prevenzione di eventuali focolai con la precoce identificazione di un caso positivo importato;
- 4) utilizzare le opportunità offerte dai social per la diffusione della comunicazione scientifica, edita a stampa, così come per l'offerta dei Servizi sanitari e sociali.

Si sottolinea la necessità che anche per una efficace comunicazione il nome “Dipartimento di Prevenzione” sia garantito in ogni Regione.

POPOLAZIONE FRAGILE e RSA

Si rende necessario un nuovo modello di governance del SSN per l'assistenza alle popolazioni fragili, ai pazienti con comorbidità e disabilità e con malattie rare e per la riorganizzazione ed il coordinamento delle strutture dedicate.

Si rende necessario in particolare per le RSA:

- 1) la revisione della mission con la ridefinizione dell'appropriatezza della presa in carico di pazienti cronici e comorbosi con attenzione alla capacità di definire PDTA personalizzati e pensati per un percorso integrato residenziale e domiciliare;
- 2) il riesame dei requisiti di accreditamento es. la dotazione di medici, e loro specializzazione in discipline mediche come geriatria, di infermieri, e loro preparazione per l'assistenza del paziente comorboso e fragile, di terapisti della riabilitazione;
- 3) una Direzione sanitaria con competenza ed esperienza in sanità pubblica e dell'organizzazione e gestione delle attività e con stretto rapporto con il Dipartimento di Prevenzione ed il Distretto;
- 4) un piano di sorveglianza e di controllo più accurato da parte dei Dipartimenti di Prevenzione per quanto riguarda l'efficacia della prevenzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza.

LA RETE OSPEDALIERA

Si rende necessario:

- 1) la valorizzazione dell'organizzazione "hub e spoke" per migliorare e consentire l'assistenza ai pazienti con patologie no COVID-19/DISEASES X (es. patologie cardiocircolatorie e relativa rete tempo-dipendente, patologie oncologiche);
- 2) la preparazione di ospedali/aree degenze da destinare tempestivamente, in presenza di pandemia, a degenze COVID-19/DISEASE X laddove il presidio ospedaliero consenta la flessibilità strutturale ed organizzativa ed in particolare la disponibilità di accessi e percorsi separati e di garantire pressione negativa agli ambienti dedicati alle terapie intensive e subintensive (sarebbe auspicabile evitare la realizzazione di "ospedali da campo" come struttura temporanea separata dall'ospedale di riferimento); il numero dei posti di letto di degenza ordinaria (es. di medicina generale, pneumologia, malattie infettive) e di posti letto di terapia intensiva e subintensiva, in continuità con la riabilitazione specialistica, dovrebbe essere in coerenza con le stime di piano pandemico per fasi progressive di crescita dell'epidemia da COVID-19/DISEASE X;
- 3) la realizzazione, con finanziamento a bilancio deliberato dalla Regione, dell'aumento di posti letto di terapia intensiva e subintensiva, in attuazione dell'art. 2 Decreto Legge 34/2000 di conversione 17 luglio 2002 n 77, con coerente dotazione di personale medico ed infermieristico formato ed addestrato e con la disponibilità di strutture, impianti ed apparecchiature;
- 4) la tempestività delle informazioni fra Direzione Medica di presidio ospedaliero e Dipartimento di Prevenzione, USCA, MMG e PLS nella fase di dimissione del paziente COVID-19/DISEASE X;
- 5) il riesame del ruolo dei CIO per quanto attiene la capacità di cogliere gli alert di malattie infettive, di raccordarsi con i Dipartimenti di Prevenzione, tramite la Direzione Medica di presidio ospedaliero e di contribuire alla formazione del personale in materia di prevenzione delle ICA e del rischio biologico.

Sulla base dei 5 punti indicati occorre un riesame del DM 70/2015 nei criteri del rapporto ospedale/territorio, nella partecipazione della rete ospedaliera alla gestione delle emergenze epidemiologiche e negli standard di riferimento delle dotazioni dei posti letto indicati.

I RAPPORTI ISTITUZIONALI

L'emergenza epidemiologica COVID-19, di dimensione nazionale ed internazionale, ha evidenziato possibili

criticità del modello delle autonomie regionali per garantire risposte omogenee, eque e solidali.

Pertanto, risulta necessaria una riflessione sia per il riesame delle competenze Stato/Regioni per la gestione e controllo di un evento pandemico ed epidemico (es. la competenza nazionale per l'approvvigionamento e pianificazione delle scorte di DPI e di vaccini e di contro la competenza regionale per la condivisione delle dotazioni, come tipologia e numero, per frequenze e modalità di distribuzione e per la verifica del mantenimento delle scorte minime) sia per la strutturazione del Ministero della salute con forte ed autorevole tecnostuttura in materia di indirizzo, gestione e controllo delle attività di prevenzione.

E' inoltre indispensabile garantire coerenza nelle valutazioni dei provvedimenti restrittivi (“**gli interventi non farmacologici**”) da parte delle catene di comando sia nella stessa Istituzione che fra Istituzioni per evitare conflittualità e confusione con effetti negativi sulla gestione della pandemia soprattutto nella “seconda ondata” e nelle fasi successive all'acuzie, con particolare evidenza all'attività scolastica in presenza ed all'utilizzo dei trasporti pubblici .

L'emergenza epidemiologica ha evidenziato un'altra possibile criticità nel rapporto con il Sindaco, come Autorità sanitaria locale, nei cui confronti soprattutto il Dipartimento di Prevenzione ha il compito di garantire l'attività di informazione e supporto per la corretta applicazione dei provvedimenti nazionali e regionali di tutela della salute pubblica evitando cortocircuiti istituzionali e disallineamenti.

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

443 *In questo numero*

Editoriale

445 In ricordo di Antonia Modolo
In memory of Antonia Modolo
Giovanni Barro

Articoli

448 Alessandro Seppilli, maestro di concrete utopie
Alessandro Seppilli, real utopia master
Lamberto Briziarelli

463 Un nuovo patto di cura per il piano di rilancio del SSN
A new pact of care for the recovery plan of NHS
Marco Ingrosso

482 La prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro per lo sviluppo sostenibile: le strategie dell'Unione Europea
Workplace health prevention and promotion for sustainable development the European Union's strategies
Elisabetta Calvo, Martina Dominici, Dante Alpi

497 Fragilità e cronicità a Rieti: tra sisma e pandemia Covid-19
Fragility and chronicity in Rieti: between the earthquake and the Covid-19 pandemic
Giorgio Banchieri, Assunta De Luca, Mariella D'Innocenzo, Pietro Manzi

515 Ripensare la promozione della salute a scuola nell'emergenza Covid-19. Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti
Rethinking health school promotion during the Covid-19 emergency. Fact-finding survey on critical issues and needs expressed by teachers
Giada Fioretti, Sonia Bacci, Elisa Marceddu, Marco Cristofori

534 La narrazione come strategia di promozione del benessere nel supporto psicologico a soggetti Covid-19 positivi e alle loro famiglie. L'esperienza dell'ASL Napoli 2 Nord
The storytelling as a strategy for promoting well-being in psychological support to positive Covid-19 subjects and their families. The experience of the ASL Napoli 2 Nord
Pasquale Fallace, Maria Pia Costa, Rossella Esposito, Rosaria Pandolfi, Enrico Bianco

556 Chat ConTatto! un intervento di supporto psicologico on line rivolto ad adolescenti e giovani adulti: esiti di una valutazione quantitativa e qualitativa
Chat ConTatto! an online psychological support intervention for adolescents and young adults: results of a quantitative and qualitative analysis
Roberta Alagna, Maddalena Bazzoli, Viviana Lisetti, Manola Tognellini

574 Neuropsichiatria Infantile e pandemia. La narrazione come risorsa ai tempi del CoVid-19
Child Neurology and Psychiatry in a Pandemic Narration as a resource during CoVid-19
Aurora Piaggese, Giulia Bini, Silvia Carpi, Barbara Parrini, Stefania Bargagna

Recensione

592

Documenti

595 Indagine emergenza COVID-19
Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI)