

il Foglio Salute



Il Pronto Soccorso dell'Ospedale San Filippo Neri a Roma, in una foto dello scorso novembre (LaPresse)

Salviamo i Pronto Soccorso

LA PANDEMIA SI È ABBATTUTA SU UN SISTEMA GIÀ IN SOFFERENZA. È ORA DI INTERVENIRE

Il sovraccollamento in Pronto Soccorso, col quale si intende lo squilibrio tra richiesta di cure urgenti e capacità di erogarle è stato oggetto di attenzione mediatica durante la pandemia Covid e può essere utile chiarire ai non addetti ai lavori di che cosa si tratti e quali ne siano le implicazioni.

Un'immagine efficace per descriverlo è quella di un imbuto in cui si riversano tutti i pazienti, sicuri di trovare sempre una risposta adeguata ai bisogni di salute fisica e psichica, e il cui deflusso è limitato dalla dimensione del collo, generalmente molto stretto rispetto alla base.

Con il Covid non ci si rivolge più al ps, sottovalutando sintomi gravi e pericolosi per la vita con conseguenti diagnosi ritardate

Da una parte dell'imbuto sta la città, e dall'altra (quella stretta) l'ospedale con i posti letto.

Il sovraccollamento non è evidentemente un problema del ps ma dell'ospedale e dell'intero Sistema Sanitario: il ps è sovraccollato se l'ospedale è sovraccollato e gli studi scientifici documentano che questa situazione dipende da tre categorie di fattori: i fattori in ingresso (*input factors*), i fattori all'interno (*throughput factors*) e i fattori in uscita (*output factors*).

I fattori all'ingresso riguardano il numero di pazienti che si rivolge al ps, l'intensità di cure di cui necessita e i tempi di

attesa.

I fattori all'interno sono i tempi del percorso che il paziente svolge in ps: visita medica, accertamenti, esami del sangue, diagnostica per immagini, terapie d'urgenza. Tutto questo richiede tempo e competenza elevata da parte di medici e infermieri, e alla fine di questa fase il paziente dovrebbe essere dimesso o ricoverato.

Qui cominciano a pesare i fattori in uscita che ostacolano il passaggio dei pazienti dal metaforico imbuto di cui prima: si parla di blocco in uscita. Il principale di questi fattori, e del sovraccollamento nel suo insieme, è la mancanza di posti letto in ospedale, conseguente al taglio che ha caratterizzato le politiche sanitarie da decenni. In Italia negli ultimi 10 anni si è passati da 5 a 3,5 posti letto per mille, e di contro è aumentata l'età media e il numero di pazienti fragili.

In tempi normali il problema era già molto sentito e da tempo denunciato dai medici di urgenza: erano le epidemie stagionali di influenza, il grande caldo estivo, eventuali emergenze sanitarie ad acuire il problema del sovraccollamento, ma oggi la pandemia Covid si è abbattuta come un uragano su un sistema già in sofferenza.

I fattori di sovraccollamento in ingresso, alquanto ininfluenti, sono diminuiti durante la Covid per la paura di contagio, e questo ha portato a sottovalutare sintomi gravi e pericolosi per la vita con conseguenti diagnosi misconosciute, ritardate o mai fatte.

I fattori all'interno sono aumentati perché i pazienti che giungevano in ps richiedevano terapie e monitoraggi più lunghi e complessi. A determinare un aumento del lavoro ha concorso anche il necessario sdoppiamento dei flussi dei pazienti (flusso pulito e flusso sporco) che ha comportato il raddoppio del lavoro per il personale

di Pronto Soccorso.

Nel flusso pulito devono transitare i pazienti che accedono al ps per tutte le sintomatologie non ricollegabili al coronavirus, nel flusso sporco devono invece transitare tutti i pazienti con sospetto di coronavirus: di questi non tutti si dimostreranno positivi al virus e occorre un percorso ben disegnato per ridurre al minimo la possibilità di contagio. Se gli effetti generali di un simile percorso sono stati ben rappresentati dalla stampa e dai social, non si è invece sufficientemente parlato di come questo abbia causato un drammatico incremento del sovraccollamento. Ai tempi abituali si sono aggiunti quelli peculiari della pandemia: vestizione e svestizione degli operatori sanitari, disinfezione di locali, degli apparecchi di imaging, attese per avere l'esito di un tampone, tempi per comunicare telefonicamente con i familiari dei pazienti e tempi di esecuzione delle complesse terapie e della ventilazione, ripetuti controlli degli scambi respiratori. Tutte attività che richiedono alta professionalità e cure altamente specializzate.

La pandemia ha peggiorato anche i fattori di sovraccollamento in uscita non solo nelle terapie intensive, ma anche nei reparti medici e chirurgici. Il fenomeno del blocco in uscita è esasperato dall'attesa del risultato del tampone per ricoverare nei reparti i pazienti presenti in ps, questo non solo per i pazienti con sospetto coronavirus, ma anche per tutti quelli del flusso pulito della cui negatività si deve essere certi prima di un eventuale ricovero. Il sovraccollamento in uscita è anche determinato dall'attesa tampone pre-dimissione dei pazienti dai reparti dell'ospedale che provoca una occupazione prolungata di posti letto. Pensiamo a tutti i pazienti che, prima di recarsi al domicilio, si devono recare ad un reparto di riabilitazione.

Ne consegue un aumento del lavoro richiesto per soddisfare le richieste di cure urgenti, lavoro svolto con le stesse risorse del periodo ordinario o di poco aumentate, da cui deriva il sovraccollamento.

Il sovraccollamento determina inevitabilmente una riduzione delle qualità delle cure e un aumento degli esiti sfavorevoli, compresa la mortalità; molti sono stati i rimedi pensati sino ad oggi per ovviare al sovraccollamento, ma vi è ampio consenso sul fatto che nessuno di questi potrà essere efficace sino a che i posti letto non saranno in numero sufficiente.

Quando fui assunto al Pronto Soccorso

Il sovraccollamento determina inevitabilmente una riduzione della qualità delle cure e un aumento degli esiti sfavorevoli

La mia direttrice mi disse: "il Pronto Soccorso è un faro. Noi brilliamo quando tutte le altre luci si spengono. Tu ora fai parte dei guardiani di questo faro e devi fare in modo che tutte le imbarcazioni arrivino in porto, specie le più piccole, le più fragili." Questo faro e i suoi guardiani non retrocederanno davanti a nessuna minaccia, ma occorre investire nella sua manutenzione e per farlo occorre capire quali sono i problemi e risolverli.

Gabriele Savioli

Referente Ricerca e consigliere direttivo regionale SIMEU Lombardia e referente nazionale Formazione a distanza SIMEU

È possibile pensare a un'organizzazione sanitaria in cui il catalizzatore del cambiamento sia rappresentato dal paziente? Il Mystery Patient Program (MPP) ne illustra la possibilità. Nato in Gran Bretagna e diffuso principalmente nei paesi anglofoni, consiste in un monitoraggio condotto da pazienti anonimi, appositamente formati, che si offrono volontari per diventare "pazienti misteriosi", fornendo un feedback sulla loro effettiva esperienza durante la permanenza in ospedale dall'arrivo alla dimissione.

Strumenti come il MMP sono figli di un approccio olistico che, come già sottolineato dall'Oms con la Carta di Ottawa (1986), riconosce al paziente il diritto di essere protagonista del percorso di cura, assicurando una maggiore compliance, migliori risultati clinici e un aumento della soddisfazione di pazienti e medici. Questa posizione sta portando, nel tempo, al passaggio da un approccio *disease oriented* a *patient oriented* con ottimi risultati seppur richiedendo un maggior dispendio di energia.

La filosofia di fondo non sembra lontana da quella sottesa alla *Customer Centricity*, l'approccio aziendalistico che massimizza

Perché servono pazienti misteriosi

Un'idea nata in Gran Bretagna per migliorare il rapporto con i medici

il vantaggio competitivo derivante dall'esperienza positiva dei clienti, finalizzato a costruire intorno a essi prodotti e servizi quanto più sartoriali possibili, come ci suggeriscono spesso gli spot. La differenza sta nell'origine e nei fini: mentre la centralità del cliente trova i suoi presupposti prevalentemente in una logica concorrenziale, quella del paziente è ancorata sui progressi della scienza e della clinica che spingono i modelli sanitari sempre più nella direzione del *personalised care*. Il nuovo paradigma di una cura centrata sul paziente, pur non perdendo di vista l'importanza dell'efficacia clinica, dovrebbe trascendere la tradizionale attenzione alla malattia, guardando l'individuo nella sua globalità aprendo anche ad altri fattori quali contesto di provenienza, valori e aspettative dei pazienti, coinvolgimento familiare, facilità di accesso alle cure,

quindi alla qualità di vita.

L'approccio conduce a sottolineare l'importanza del concetto di *patient experience* con la conseguente implicazione che i risultati clinici, pur continuando a costituire il fine ultimo, non saranno più sufficienti per una valutazione dei risultati di cura, ma occorrerà saper leggere anche le percezioni dei pazienti, fattori chiave nel paradigma dell'assistenza. Dunque, un ulteriore parallelismo con strumenti di strategie di vendita ma, a scanso di equivoci, considerando quegli aspetti risultanti utili a un miglioramento globale di salute e non marketing sanitario, tema quest'ultimo che, pur esistente, risulta lontano dall'interesse di chi scrive. Misurare il sistema delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione risulta essenziale per l'ideazione e l'organizzazione di servizi rispondenti alla valenza assunta dal termine cura. In

questa cornice risulta chiara l'utilità di sistemi di valutazione come il *Mystery Patient* e sono palesi le differenze dalle logiche di marketing. Infatti, pur richiamando la *Customer Satisfaction*, basata su valutazioni personali, il Mystery deve fare riferimento a parametri oggettivi stabiliti in fase di progettazione. Il rilevamento costituisce solo una fase di un percorso più ampio che prevede di momenti di collaborazione tra pazienti, manager e operatori sanitari (diagnosi, pianificazione, azioni, valutazione) per trovare soluzioni e sviluppare modelli creando valore per il sistema complessivo.

Ormai diverse organizzazioni sanitarie considerano il miglioramento dell'esperienza dei pazienti un elemento imprescindibile di crescita nelle strutture sanitarie. In tale ottica, il MMP - pur complesso e costoso - può rappresentare non solo un espediente di verifica e progresso, ma divenire esso stesso uno strumento di cambiamento e una leva di partecipazione e di co-creazione di valore utile per un ripensamento che porta con sé la promessa di nuove alleanze medico-paziente.

Luisa Brogonzoli

Non lasciamo soli i nostri ragazzi costretti a casa

Come stanno psicologicamente i bambini in Dad? Una situazione sempre più drammatica

Ora tocca a noi. In questi giorni stiamo ricordando un anno di pandemia e i suoi centomila morti: centomila storie di persone che non sono riuscite a vincere la battaglia contro questo maledetto virus, centomila persone che sappiamo con certezza essere morte a causa del Covid-19. Insieme a loro non possiamo non ricordare tutte le vittime indirette di cui oggi non abbiamo conto, ma ce l'avremo, che non sono sopravvissute alla pandemia a causa delle chiusure degli ospedali e delle prestazioni non erogate, giusto per fare un paio di esempi. E certo che sosterremo un numero di vittime molto elevato a causa del coronavirus, inteso nella sua totalità, e questo numero ci spaventerà. Eppure, in questa conta ci sono tutte le vittime che in questo momento non sono intercettate dai radar della sanità pubblica, vittime delle quali si parla, almeno fino a oggi, principalmente come soggetti che stanno complicando la vita degli adulti: sono i bambini e gli adolescenti.

Certo, con le scuole chiuse e la didattica a distanza, i nostri più giovani gravano sui genitori che, dovendo lavorare, si trovano immersi nelle ulteriori difficoltà della gestione familiare. Ciononostante, mi indigna fortemente pensare che questi bambini siano esclusivamente oggetto di dibattito in relazione alla chiusura delle scuole. Non voglio essere ipocrita e sostenere che la presenza dei figli in casa non gravi pesantemente sull'equilibrio familiare: la società attuale è basata sul movimento, la dinamicità e il lavoro fuori casa, ed è certamente molto diversa da quella di qualche anno fa quando si poteva contare su una rete d'appoggio principalmente basata sui nonni che facevano da scudo alle esigenze quotidiane (senza contare che anche laddove presenti, sono proprio i nonni che in questo momento vanno maggiormente tutelati e protetti dai contagi e quindi andrebbero sollevati da questo compito). Questo non può però essere un alibi che giustifica il nostro perdere di vista lo stato delle cose.

Come stanno i nostri bambini da un punto di vista psicologico? In quali ambienti familiari stanno vivendo il loro lockdown? Chi monitora che abbiano tutti le stesse opportunità di accesso alla didattica? La cosa che mi preoccupa, e che ci dovrebbe preoccupare tutti di più, riguarda i bambini che vivono in contesti ambientali/familiari di fragilità, magari insieme a genitori che fanno uso di sostanze o che hanno problemi con l'alcol o verso i quali esistono pregresse segnalazioni di violenza. Questi bambini che vanno dagli zero a sedici anni sono monitorati da qualcuno? E a chi spetta il monitoraggio? Ai comuni? Chi ha il dovere di ridurre il danno a questi giovani cittadini che non possono scegliere se rimanere nelle loro famiglie o andare via? Queste ragazze e questi ragazzi sono davvero il nostro futuro, saranno la società adulta di domani e meritano la nostra massima attenzione. Al di là di queste situazioni complesse e drammatiche che fortunatamente non rappresentano la maggioranza nelle dinamiche familiari, cosa ce ne facciamo della consapevolezza del fatto che tutta questa fascia di popolazione, al netto del coinvolgimento clinico nella pandemia, sia di fatto abbandonata a sé stessa?

Gli effetti di questo trauma, come mi spiega la presidente dell'Ordine degli Psicologi lombardi, saranno evidenti solo alla fine dell'incubo Covid-19. Il ministero della Salute si sta occupando anche di loro? Se sì per favore ce ne desse notizia, perché ricevo messaggi di genitori che sono depressi e dispiaciuti di fronte all'impossibilità di dare prospettive ai loro bimbi che svegliandosi di notte piangono perché vogliono tornare a giocare. La frustrazione diventa enorme, quasi ingestibile, qualcuno ha il dovere di aiutare. Ma a chi tocca?

Rosaria Iardino

Presidente Fondazione The Bridge

Il Foglio Salute è un progetto realizzato in collaborazione con Enphasi e Fondazione The Bridge

I danni della pandemia sull'industria del vino (che sì, fa bene alla salute)

IL SETTORE HA RETTO LA CRISI, MA IL FUTURO È PIENO DI INSIDIE. PARLA ANDREA SARTORI

L'industria del vino ha retto il botto della pandemia e a raccontarlo sono i dati di una recente ricerca IRI presentata nell'ambito di Wine2Wine Exhibition. Ma il futuro è pieno di insidie, soprattutto nel contesto di un ritorno forte del virus e di altre ondate. Ne abbiamo discusso con Andrea Sartori, uno dei fondatori del Consorzio Italia del Vino.

Settore vino e tempi di pandemia: tutto porta a pensare che arriveremo a una fase 3 o comunque a una recrudescenza: come si sono trasformate le abitudini degli italiani negli ultimi mesi? E quali le aspettative per le prossime settimane?

Innanzitutto qualche dato: il 60 per cento del commercio interno viene gestito dalla grande distribuzione, il 30 per cento va al settore HORECA e il restante viene spartito dal dettaglio e dall'e-commerce, con quest'ultimo che davvero molto difficilmente va a superare il 5 per cento di quota di mercato. Capite dunque bene che finché la ristorazione rimane chiusa, il danno è davvero grosso, insieme all'ulteriore colpo che provoca la mancanza di turismo. Le abitudini dei consumatori italiani sono certamente cresciute e cambiate; oggi l'e-commerce fa la sua parte anche grazie a professionisti e cantine che ci hanno messo molto impegno ma, mi creda, per ora non si è in grado di fare la differenza.

Buono per il cuore, le ossa, la pelle e per l'umore. Il vino è davvero un alimento magico?

Le racconto un aneddoto: il vino rosso inizia a farsi un'eccezionale nomea grazie a questo studio americano che vide che in Francia c'era un numero molto minore di infarti o comunque di patologie cardiache rispetto al dato degli Stati Uniti. Ci si chiese perché, visto che fra l'altro i francesi sono noti per mangiare alimenti molto grassi come i formaggi. Saltò fuori che la minore incidenza di patologie dipendeva dall'alto consumo di vino rosso che contiene il resveratrolo, un elemento naturale che fa molto bene alla circolazione e alla prevenzione di patologie cardiache e del colesterolo. Io non voglio poi trascurare l'effetto socializzante del vino, cioè il fatto che un bicchiere di vino bevuto in compagnia e abbinato a un buon piatto, non può far altro che aiutare lo spirito e l'allegria delle persone. Non



Foto di Justin Aikin su Unsplash

esistono alimenti che siano immuni ovviamente da rischi ma li diventa molto una questione di dosi: credo infatti che qualsiasi cibo, se consumato in eccesso, diventi dannoso per la salute.

L'agrifood è uno dei pilastri su cui sta venendo impostato il PNRR, il cosiddetto Recovery Plan: fra contratti di filiera e tutela delle denominazioni, quali sono le richieste specifiche del settore al governo?

Dobbiamo dedicare particolari risorse ai concetti di sostenibilità, soprattutto sostenibilità ambientale non solo dal punto di vista agricolo ma anche industriale, e parlo qui degli investimenti nelle cantine per ammodernare il processo sia di vinificazione che di altre lavorazioni. Non manca il tema della sostenibilità economica, laddove è necessario porre attenzione ad alcune operazioni davvero spregiudicate che si vedono sulla filiera. Per la prossima generazione di produttori è necessario preparare le strade e questo significa che dobbiamo sempre più spingere sulla parte commerciale e

sull'aumento delle nostre quote di mercato estero. Auspico che su questo vengano stanziate importanti risorse, anche perché ci sarà sicuramente una grandissima competizione per le problematiche legate al Covid. Dobbiamo cercare di presidiare sempre di più la nostra quota di esportazione.

A proposito di questo: quali sono le varietà e quali sono i mercati esteri più interessanti per il prodotto italiano?

I quattro-cinque paesi che fanno la stragrande maggioranza di fatturato per l'Italia sono i cosiddetti mercati classici, quindi gli Stati Uniti, la Germania, l'Inghilterra, il Canada e la Svizzera. Fra i più richiesti si confermano i prodotti toscani fra cui il Chianti, il Brunello, poi abbiamo il Barolo dal Piemonte o il Moscato d'Asti; il Lambrusco fa sempre la sua parte e poi c'è il Veneto che onestamente fa dei volumi impressionanti con Prosecco, Pinot Grigio, Valpolicella, Amarone e Soave.

Tommaso Caldarelli

Non si può riformare la Sanità senza parlare di valori e significato della vita

RIPENSARE TEMI ORMAI GIUNTI AL CAPOLINEA. IDEE PER COSTRUIRE IL FUTURO

È sempre più precisa in noi la sensazione di essere protagonisti di un ininterrotto ed entusiasta cambiamento senza meta.

Come una lama che incide la carne viva continua a risuonare in me questa affermazione di Piero Bassetti, resa in un recente dialogo sulla salute alla Fondazione Giannino Bassetti. Del resto, come non farci i conti. Siamo reduci di cambiamenti che si ripetono ogni giorno, a livello nazionale e regionale. Politica e amministrazione, teste che rotolano e nuovi arruolati, con rinnovato entusiasmo, ma pur sempre senza una meta.

Un cambiamento ingente e aprioristicamente celebrato dal popolo e dai potenti. E, come ci insegna il Barabba di Par Lagerkvist, quando il popolo e i potenti (Pilato e Erode fino a quel momento nemici) sono d'accordo sono davvero guai.

Su questi presupposti la domanda è se sia possibile il formarsi di un consenso per una nuova politica sanitaria che contempra una pur necessaria attenzione ai prezzi di produzione dei servizi di cura insieme a una imprescindibile riflessione sui valori.

La corsa al pragmatismo, sospinta dal governo dei migliori, l'aristocrazia oggi celebrata, sembra aver perduto la capacità di pensiero e con essa i metodi di conoscenza della realtà e del mondo.

Una prassi non pensata è l'antichità del nulla.

In questo momento storico non possiamo permetterci di riformare la sanità senza aprire una discussione seria sui valori e sul significato ultimo.

Ci dovrà pur essere una minoranza creativa che si pone il tema dell'oltre. Oltre lo specchio di Alice siamo tutti orfani di un potere senza potenza e di un sapere indomito le cui redini sono sfuggite.

Occorre aggirare l'insabbiamento di un governo privo di immaginazione. In fondo, ci ricorda Bassetti, ciascuno di noi placa il proprio demone quando sente di essere sintonizzato su cose importanti.

E le cose importanti non mancano se si pensa alla salute. Vi sono alcuni temi valoriali che sono giunti al capolinea e devono essere ripensati. Ne cito alcuni dei molti.

1. Una retorica dei diritti, sapientemente profettata dai sacerdoti della modernità, continua a farci declamare principi svuotati di contenuto come l'universalismo delle presta-

zioni. Occorre il coraggio di ripensarlo partendo dalle persone e dalle loro intelligenze, consapevoli di un dinamismo che marcia spedito in una direzione opposta.

2. Il diritto alla salute, svuotato del suo contenuto relazionale e ridotto a diritto a essere "sani" a ogni costo ci ha spinto a non accettare più la sofferenza e la morte come dimensioni del vivere, come lo sono l'innamorarsi e il condividere una grande amicizia negli stessi termini espressi da Antigone.

3. Il sistema di offerta di servizi e prestazioni sanitarie nel grande supermercato della salute (prestissimo anche a domicilio) ci ha reso solitari e tristi consumatori di salute. Insoddisfatti come sempre.

4. Il sistema formativo dei medici e delle professioni sanitarie ostaggio di un ordinamento disciplinare delle conoscenze unidirezionale, costrittivo e antiespansivo. Nessuno osa alzare la testa per dire che i medici e le professioni sanitarie si devono formare sul campo, confrontandosi con un sapere che non è più solo ciò che

viene impartito nelle scuole di specialità e nei corsi professionalizzanti, una realtà che sempre più sfugge alla specializzazione e richiede un meticcio di sapere e saperi

5. Il personale sanitario ostaggio di un ordinamento del lavoro a tempo indeterminato, privo di un reale sistema premiante, irrigidito dalle specialità che impediscono qualunque forma di interscambio e una innata deferenza verso la dottrina dell'aziendalizzazione che vuole il bravo medico dismettere il proprio compito di cura per assumere funzioni manageriali per fare carriera.

Oltre lo specchio il mondo è tutto da rifare. Allora servono energie e luoghi di pensiero, "imprenditori politici" che abbiano il coraggio di raccogliere un consenso sui valori e sulla domanda di senso. Sull'oltre si costruisce il futuro in quanto futuro.

Alessandro Venturi

Professore di Diritto amministrativo e di Diritto regionale e degli enti locali presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università degli Studi di Pavia - Alma Ticinensis

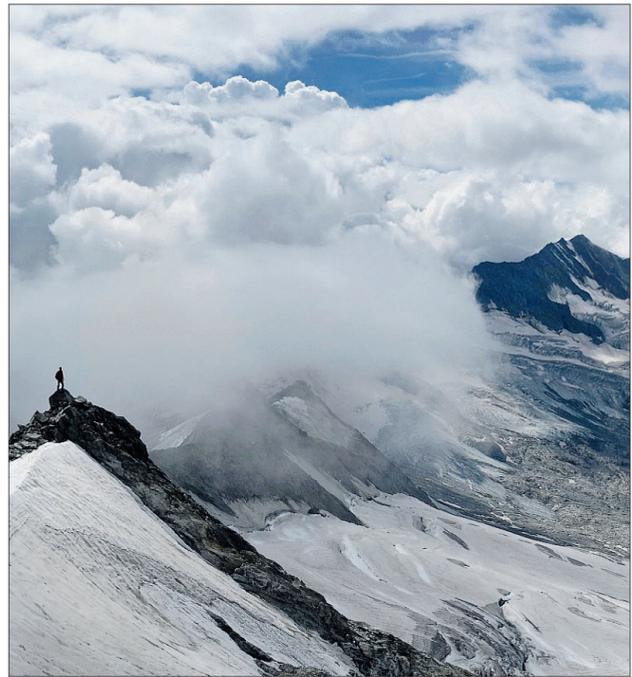


Foto di Pierre Van Crombrugge su Unsplash

Una tecnica efficace e non invasiva per curare patologie e ridurre l'ospedalizzazione

PREGI E VANTAGGI DELL'EMBOLIZZAZIONE. INTERVISTA AL PROF. LUPATELLI

La tecnica dell'embolizzazione è all'avanguardia nel trattamento di diverse patologie, eppure i pazienti italiani non la conoscono ancora bene.

Ne parliamo con Tommaso Lupatelli, specialista in radiologia, radiologia interventista e chirurgia vascolare, già professore incaricato all'Università degli Studi di Perugia, e responsabile della tecnica di embolizzazione per il Gruppo Villa Maria.

Di cosa parliamo, quando parliamo di embolizzazione e qual è la sua efficacia?

L'embolizzazione è una tecnica di radiologia interventista che consente in maniera mini invasiva, rispetto ad altre tecniche di chirurgia tradizionale, di trattare diverse affezioni quali tumori benigni o maligni, ma anche aneurismi, varicocele

femminile e maschile e malformazioni artero-venose complesse.

Si tratta di una tecnica impiegata già all'inizio degli anni Ottanta per embolizzare sanguinamenti intestinali in situazioni di urgenza, e consiste nell'occlusione attraverso materiale dedicato, di vasi sanguigni di pertinenza di un organo o di una parte dell'organismo. La finalità è quella di bloccare l'apporto vascolare di una lesione, una malformazione o una neoplasia tumorale generando una necrosi ischemica senza dover ricorrere alla chirurgia. L'utilizzo dell'embolizzazione è in costante crescita perché si tratta di una tecnica molto efficace che al contempo non è invasiva. Non intervenire chirurgicamente significa ridurre i tempi di ospedalizzazione, non dover ricorrere all'anestesia generale ma anche a nessun taglio o

incisione, il che è un grande beneficio per il paziente.

Nello specifico, che cos'è la radiologia interventista?

È una branca della radiologia che utilizza tecniche di imaging finalizzate al trattamento, e non alla diagnosi. Uno degli approcci più in espansione riguarda il trattamento del fibroma uterino e dell'adenomioma.

Cosa può dirci rispetto a questo campo di applicazione?

Per il trattamento di questa patologia, estremamente diffusa, si procede con una puntura all'inguine o al polso per guadagnare un accesso a livello arterioso (si parla a seconda dei due casi di accesso femorale o radiale) nel quale si inserisce un catetere vascolare di dimensioni pari a punta di una matita. Il catetere viene iniettato di materiale embo-

lizzante che va a occludere le ramificazioni dell'arteria uterina facendo sì che le neoplasie vadano incontro ad ischemia con conseguente riduzione del volume dei fibromi. Per la paziente significa la cessazione dei sintomi correlati alla patologia.

Si tratta di interventi risolutivi?

Naturalmente ogni caso è a sé, ma le statistiche ci dicono che rispetto ad altre tecniche la possibilità di recidive è minore, soprattutto perché l'embolizzazione consente di trattare, in un'unica sessione, tutti i fibromi presenti, impedendo dunque il degenerare di quelli più piccoli che magari in altre situazioni vengono inevitabilmente lasciati in sede.

Abbiamo visto che i tempi di ospedalizzazione vengono ridotti notevolmente. Cosa significa in termini pratici?

Significa che dopo l'intervento di norma bastano una o due notti di ricovero per la gestione dei sintomi post intervento. Generalmente dopo già una settimana la paziente può riprendere normalmente l'attività lavorativa. Nel caso dell'adenoma o ipertrofia prostatica il paziente rimane ricoverato una sola notte e i tempi di ripresa per le normali attività si riducono a meno di una setti-

mana.

E i controlli post intervento?

È necessaria un'ecografia a due mesi dall'intervento e una risonanza a un anno. A quel punto si sarà giunti alla completa devascularizzazione delle neoplasie, e il percorso può ritenersi concluso.

Rispetto all'embolizzazione del fibroma uterino, ci sono conseguenze per le donne che desiderano una gravidanza?

Generalmente no, perché il fibroma embolizzato, oltre a essere ridotto di dimensioni, è morbido, non aumenta di volume in gravidanza e consente una vita senza più alcuna sintomatologia.

Perché se si tratta di una tecnica così efficace e poco invasiva, viene ancora poco utilizzata e ha iniziato a diffondersi solo recentemente?

Non è del tutto vero che si stia diffondendo solo da poco tempo, ma c'è da dire che spesso viene ancor poco rimborsata dal SSN e questo ne scoraggia l'impiego a beneficio di altre procedure. E' però altresì vero che si assiste a una crescente collaborazione tra diversi specialisti proprio per assicurare ai pazienti le cure migliori e innovative, si tratta di un cambiamento che è certamente in corso.

Eva Massari

Il tumore più diffuso e frequentemente diagnosticato alle donne nel 2020 è stato il carcinoma della mammella (54.976, pari al 14,6 per cento di tutte le nuove diagnosi) ma grazie a un'intensa attività di screening e all'aumentata consapevolezza femminile rispetto al passato, la maggior parte dei tumori mammari è presa oggi in fase iniziale, quando la strada chirurgica può risultare ancora conservativa e le terapie adottate consentono di assicurare sopravvivenze a 5 anni molto elevate. Si tratta però di una malattia che non riguarda solo aspetti farmacologici, chemio o radio-terapici, ma interessa l'integrità della donna e mina la più profonda sfera del femminile, a cominciare dal trauma della diagnosi fino a tutto l'iter terapeutico che comporterà cambiamenti fisici e di qualità di vita importanti e richiederà alla paziente uno sforzo di accettazione e adattamento ogni giorno più grande. Le reazioni variano da donna a donna e i primi mesi sono di certo i più complessi, in quanto l'evidente trasformazione fisi-

L'importanza dei capelli per le donne in cura

Onco Hair, il progetto che dona protesi tricologiche all'avanguardia alle donne in chemioterapia

ca comporterà una graduale attivazione delle risorse personali per ridefinire un assetto psico-fisico in equilibrio, compromesso anche dalla perdita dei capelli (alopecia), effetto collaterale assai comune della chemioterapia, privo di ripercussioni mediche ma dal forte risvolto psicologico. Vedersi senza capelli è un promemoria della propria condizione di vulnerabilità, può intaccare l'autostima ed essere stigma sociale nonché fonte di stress quotidiano e, a conferma di un simile quadro, il 47 per cento delle donne ritiene la calvizie indotta da chemioterapia la principale ferita dell'intero percorso di cure, tanto che l'8 per cento di esse vorrebbe rifiutare pur di evitare questa perdita.

Quando una donna vive il dramma di un tumore e fa la cura chemo-

terapica si aggiunge un elemento molto importante al disagio già fortissimo della malattia: la perdita dei capelli", dichiara Angela Quaquero, presidente dell'Ordine degli Psicologi della Sardegna. "Ci troviamo di fronte una persona che ha già un'angoscia di morte, perché il tumore inevitabilmente ci fa pensare a quello, a cui si aggiunge una crisi legata all'identità. I capelli per una donna, più che per un uomo, sono un segnale di femminilità: la foggia, il taglio, il colore, sono elementi che noi modificiamo adattandoli al nostro umore e al periodo della vita che attraversiamo. Quando è in gioco l'identità il rischio è quello di cadere in una depressione, un disagio molto profondo che va ad aggiungersi al malessere della malattia. Ci sono donne che

reagiscono evidenziando con coraggio la perdita di capelli, ma la maggior parte risponde difendendo. Fortunatamente abbiamo le parrucche o i foulard che possono farci sentire meglio. Non sottovalutiamo questo aspetto, non è narcisismo, è senso di identità e voglia di continuare ad essere donna nonostante tutto".

E tal proposito, proprio in occasione della festa della donna, è stato lanciato Onco Hair, il progetto che dona i capelli alle donne in chemioterapia. Un'iniziativa voluta da Associazione per il Policlinico Onlus, Fondazione Cariplo e CRLAB, uno dei principali player mondiali nel settore tricologico, e volta a sostenere chi combatte contro il tumore al seno e magari porta avanti la sua battaglia anche in una condizione di fra-

gilità economica. Venticinque infatti le protesi tricologiche CNC (Capelli Naturali a Contatto), molto di più delle tradizionali parrucche, che saranno donate entro 40 giorni dal primo rilievo del cranio ad altrettante donne in chemioterapia per cancro al seno, selezionate nei prossimi tre mesi da un'equipe di oncologi e psicologi del Policlinico di Milano. Si tratta di un dispositivo medico altamente personalizzato, un unicum mondiale realizzato all'interno dei laboratori CRLAB di Zola Predosa (Bologna) e creato utilizzando capelli umani, non trattati, inseriti a mano una alla volta in una sottile membrana polimerica biocompatibile coperta da brevetto. La protesi CNC è qualcosa di rivoluzionario in quanto permette a chi la indossa di condurre una vita assolu-

tamente normale, diventa parte integrante del corpo, non va tolta la notte e consente di nuotare, legarsi i capelli e persino farseli tirare. "Nella guerra contro il cancro - spiega la Presidente dell'Associazione per il Policlinico Onlus Claudia Buccellati - lo stato d'animo di chi combatte è fondamentale. La perdita dei capelli si riflette in maniera molto importante sul benessere psicologico, sull'autostima, sulla sessualità, sulle relazioni sociali e sulla percezione di sé. Abbiamo deciso di dare avvio al progetto proprio ascoltando le molte testimonianze delle donne che hanno utilizzato questo presidio medico. Il tumore colpisce tutti, ma non tutti hanno la forza economica per affrontare questa prova con gli strumenti che consentono di viverla al meglio. Vogliamo offrire un supporto alle donne colpite dalla malattia che hanno fragilità economiche, perché avere le armi migliori per combattere il male dovrebbe essere un diritto di tutti".

Bianca Maria Sacchetti