



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI

**G E N O V A**

---

## Indicazioni operative per l'attività medica ambulatoriale durante la fase 2 della pandemia Covid-19

Il testo che segue suggerisce e motiva un approccio specifico alle “Indicazioni operative per l'attività medica ambulatoriale durante la fase 2 della pandemia Covid-19”, pubblicate sul numero precedente di Genova Medica, alla luce dei numerosissimi dati sulla rilevanza degli aspetti psicologico-psichiatrici per la popolazione e gli operatori sanitari, sia attuali che futuri, connessi alla pandemia.

[APPENDICE. Relazione medico-paziente e dimensione psicologico-psichiatrica nell'applicazione del protocollo](#)

A cura di Luigi Ferrannini e Alberto De Micheli

Le indicazioni operative elaborate dall'OMCeOGE, proposte per la loro applicazione nell'attività medica sia ambulatoriale che libero-professionale, volutamente non affrontano il tema della dimensione psicologico-psichiatrica. Questa, peraltro, attraversa sempre la relazione medico-paziente, anche quando entrambi - e non solo il paziente - sono coinvolti nella messa in atto di comportamenti preventivi appropriati per la tutela della salute dei soggetti nel *setting* diagnostico-terapeutico e oltre, per le ricadute che comportamenti inadeguati possono provocare anche al di fuori di questo *setting*.

Nelle indicazioni operative non vi sono riferimenti alla evidenziazione ed all'attenzione (domande al paziente nel *triage*, evidenza di sintomi, etc.) a problemi

che riguardano la sfera psicologico-psichiatrica, anche se oggi se ne parla sempre con maggiori evidenze.

L'OMS intitola uno statement del 15 Maggio sulle conseguenze della pandemia da coronavirus con questa affermazione: **“Siamo a rischio di pandemia di patologie mentali”**, in linea con la crescente Letteratura internazionale e nazionale su questo tema. Numerosissimi articoli e ricerche sono state pubblicate in questi due mesi su prestigiose riviste internazionali: Action for Mental Health (UN, 13 Maggio), Lancet, BMJ, NEJM, JAMA e World Psychiatry per citare solo le più note.

L'avvertimento/previsione è in linea con recenti documenti italiani dell'Istituto Superiore di Sanità (n. 22/2020 del 7 Maggio sullo Stress lavoro-correlato e n. 23/2020 del 6 Maggio sulle Indicazioni operative per i DSM), con le Indicazioni del Ministero della Salute per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile (23/4/2020), con il Documento del Ministero degli Interni sul Sostegno psicologico (maggio 2020), con i Documenti/raccomandazioni di Società Scientifiche.

Tra tutte si citano - per sintesi - solo quelle della Società Italiana di Psichiatria (SIP), della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP), della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile (SINPIA), dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica (AIP), delle Associazioni Italiane di Psicologia dell'Emergenza e dell'Associazione Italiana di Psicologia (AIP), che possono essere consultate sui relativi siti internet.

Crediamo che finora vi sia stata una sottovalutazione sulle conseguenze già attuali (non è solo un problema della Fase 2 e del dopo pandemia): molti segnali sono già presenti (come dimostra il lavoro dei tantissimi Centri di ascolto e di supporto che sono stati attivati da ASL, Protezione Civile, Fondazioni, Associazioni di utenti e famigliari, ma anche dalla stessa esperienza degli operatori sanitari sul campo).

Non sottovalutiamo la loro incidenza sia sul riconoscimento dei sintomi da parte del paziente (il timore di comunicarli, di quello che potrà accadere, delle possibili perdite e lutti, etc.) sia sull'adesione alle norme di protezione e, successivamente, agli stessi trattamenti.

Peraltro, il MMG in genere conosce bene il “suo” paziente, anche nelle sue reazioni emotive, nella sua capacità di resilienza e nei suoi fattori di rischio sul versante dei disturbi psichiatrici più comuni in questa fase: Disturbo post-traumatico da stress, Disturbi dello spettro dell'ansia e dell'umore, Disturbi depressivi maggiori che attivano pensieri autolesivi anche con messa in atto di comportamenti suicidari, Disturbi emotivi che si manifestano frequentemente nella dimensione della rabbia e della paura, scatenando spesso violenze intra famigliari - ne stiamo vedendo tante e per fortuna se ne parla tanto -, atteggiamenti di negazione, rifiuto di sottoporsi ad accertamenti medici ed altro ancora. Peraltro, esiste anche una forte correlazione tra i disturbi cosiddetti psicologici, i quadri psicopatologici di cui parlavamo prima e lo stile di vita: dipendenze (alcool, fumo, etc.), alimentazione ed altro ancora.

Il MMG è la prima porta di ingresso anche per i disturbi psichiatrici (attraverso il PDTA della cosiddetta “*stepped care*” con l’area specialistica psicologico-psichiatrica), dalla quale può scaturire una presa in carico diretta, una richiesta di consulenza al servizio specialistico, un passaggio alla presa in carico da parte di servizi dedicati nei casi più gravi/complessi.

Quanto sopra senza sottovalutare il problema degli anziani (mettiamo l’asticella dove crediamo giusto, intanto ormai ci sono tante posizioni diversificate) e della presenza di disturbi cognitivi anche leggeri (senza arrivare ai quadri dei disturbi cognitivi maggiori, che hanno già altri scenari di riferimento), che tuttavia – associati alle emozioni/sintomi di cui si parlava prima – possono rendere la comunicazione meno comprensibile e, di conseguenza, indurre sottovalutazione sulla necessità della messa in atto, rigorosa e tempestiva, delle misure protettive.

Centrale diventa, pertanto, in queste situazioni il rapporto di fiducia e di empatia già costruito tra MMG ed il “suo” paziente anche per il trattamento delle pluri-patologie (da cui il paziente anziano - ma non solo - è spesso affetto, anche con comorbidità psichiatriche), insieme alla presenza di familiari e allo stile della comunicazione (comportamenti di cautela, fattori di rischio specifici fino alla diagnosi ed ai necessari trattamenti, soprattutto il ricovero ospedaliero per chiarimenti diagnostici o per trattamenti mirati).

Desideriamo qui ricordare - anche se a volte può sembrare una utopia, visti i tempi strettissimi di lavoro per ogni paziente che ha il MMG, ma non solo lui - che la recente Legge 219/2017 (quella sul Consenso e sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento), recita all’art. 1 comma 8: **“Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura”** e poco dopo **“La comunicazione va intesa come processo e non come atto”**. Principi ippocratici molto forti, ma da anni già presenti nel Codice di Deontologia Medica. Utopia forse, viste le condizioni di lavoro come dicevamo prima, ma certo un utile richiamo al ruolo del medico, alla relazione medico-paziente, alla deontologia professionale.

Per ultimo, vorremmo che non si sottovalutassero gli aspetti emotivi del medico e degli operatori sanitari: paura di sbagliare, contatto continuo con il rischio di ammalarsi - e di essere un pericolo per le persone care – e, quindi, indirettamente, con la morte, con la stanchezza fisica ed emotiva (il cosiddetto “burn out”), con il timore che questa situazione duri ben oltre la capacità di sopportazione/elaborazione/fiducia negli strumenti a disposizione di chi è in prima linea.

Senza dimenticare che ciascuno di noi ha una sua storia personale, una sua narrazione, una sua biografia che può renderlo meno o più resiliente rispetto a fattori di così forte risonanza emotiva. I vissuti e le emozioni, sempre più frequentemente raccolti dagli operatori sul campo, ne danno una chiara ed inequivocabile dimostrazione,

Questi aspetti non possono essere inseriti direttamente nel protocollo (è vero che forse “spaventerebbero” piuttosto che aiutare), ma non prendere in considerazione opinioni/emozioni dei pazienti spesso non ci fa capire perché, anche i migliori protocolli, possono fallire. Non dobbiamo dimenticarli, correndo il rischio di pensare che i protocolli siano solo una sequenza corretta di azioni da mettere in atto e non abbiano un risvolto emozionale anche intenso, soprattutto quando si tratta di difendersi da una possibile esperienza di malattia, che - comunque - cambia la vita. L’obiettivo di questa appendice è mantenere aperto uno spazio di attenzione, di riconoscimento e, se necessario, di presa in carico - diretta o indiretta - di problematiche che possono influire fortemente sui comportamenti cautelativi o a rischio dei pazienti, i quali non sono solo corpi, ma - come sperimentiamo ogni giorno - anche e soprattutto persone.

Per concludere, desideriamo richiamare l’attenzione su alcune parole, che sono state molto utilizzate per comunicare e dare indicazioni di comportamento per il controllo della pandemia, ma che si prestano a varie interpretazioni per la loro caratteristica di ambiguità:

- a. *dalla quarantena/ isolamento*, termini mutuati dalla cultura e dalla prassi medica per le malattie infettive contagiose, al “*distanziamento sociale*” - non si è usato il termine di “*distanziamento fisico*”-, che rimanda a vissuti ed emozioni, che a volte incidono profondamente sulla tenuta emotiva, sulle possibilità di resilienza e sulla speranza per il futuro: *distanziamento sociale* rimanda a solitudine, frammentazione della comunità e dei rapporti sociali, “*sindrome della capanna*”, violenza non solo di genere, blocco di qualsiasi attività/pensiero/progettazione, paura senza speranza “*affidabile*” (comunicazione confusa e contraddittoria, dai *mass media* al mondo tecnico-scientifico);
- b. *diversificata incidenza e prevalenza per fasce di età delle persone a maggior rischio di contrarre il virus*: siamo partiti dagli anziani (con il solito tratto di stigmatizzazione e di “*ageismo*”, che contraddistingue il rapporto sociale con gli anziani, anche loro angeli, quando sono produttori di reddito anche collettivo come nel caso della cosiddetta Silver Economy o bravi nonni che aiutano figli e nipoti, oppure demoni, quando - per le loro condizioni psico-organiche - connesse all’età e spesso a lunghe storie di pluri-patologie - diventano fattori di rischio per il contagio della Comunità, ma anche dei familiari ai quali dovrebbero essere di aiuto e di supporto); poi siamo passati - a fronte di una modificazione della casistica dei contagiati e di nuove evidenze - ai bambini, ai giovani, alle famiglie; ed infine (nel senso di quando non si poteva più vedere, ma si doveva affrontare questo nuovo scenario) agli operatori sanitari, “*in prima linea*” e non solo, problematica crescente e non

polarizzata solo su particolari classi di età e specifiche funzioni, con necessità di interventi continuativi e differenziati per persone/problemi.

Per affrontare questa situazione, ormai è chiaro che sono necessari un rimodellamento ed una innovazione del SSN, attraverso la riorganizzazione dei servizi ospedalieri per intensità di cura, il forte potenziamento dell'assistenza sul/nel territorio, in funzione della "presa in carico" territoriale e dello sviluppo di PDTA appropriati e centrati sul territorio, in stretta collaborazione con i MMG: accessibilità non solo fisica, continuità di rapporto, interventi psicosociali, interventi prevalentemente domiciliari, utilizzo di reti associative di vario tipo, anche di utenti e familiari.

Questa impostazione richiede il rinforzo delle risorse per i Servizi dedicati, come sembra essere stato normato in un recente Decreto: Dipartimento di Salute Mentale, Servizi di Psicologia, Consultori, Centri violenza, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi per le Disabilità, Servizi di Psicogeriatrica e tutto quello che questa pandemia ci ha fatto capire dei bisogni inevasi, ai quali dovremo adesso dare risposte tempestive ed appropriate.

Ciò passa anche attraverso la profonda modificazione dei *curricula* formativi di tutte le professioni sanitarie (non solo medici, ma anche psicologi, infermieri, servizio sociale, etc.), lo sviluppo di una prassi fondata sulla multi-professionalità e una nuova visione del lavoro in *équipe*, la ricerca mirata - governata dal SSN e senza conflitto di interessi - di un rapporto equilibrato tra relazione di cura e utilizzo delle nuove tecnologie, che stanno aprendo nuovi spazi di conoscenza e di trattamento, a condizione di non perdere mai la centralità del rapporto medico/operatore sanitario e paziente.

A questo proposito, prima di concludere, desideriamo citare una riflessione - ed al contempo un messaggio per tutti noi:

*"Spesso i medici si sentono estranei alla malattia, pensano che essa sia un problema dei pazienti, che non li tocca e non li toccherà direttamente: tuttavia, quando per qualche motivo si ammalano, la prospettiva cambia totalmente. Ammalarsi di Covid-19 è una esperienza profondamente diversa perché si tratta una malattia conosciuta da tre mesi, per la quale la storia naturale non è nota e nessun trattamento farmacologico è sicuro ed efficace. Non esiste nessuna sicurezza fondata sulle prove, ma solo timore, cure empiriche e la profonda solitudine dell'isolamento.*

*In una acuzie come questa gli studi randomizzati controllati sarebbero di vitale importanza, bisogna tuttavia imparare mentre si agisce, insieme curare e produrre dati.*

*Il mondo occidentale è arrivato impreparato a questo evento, dimentico che le epidemie sono sempre state flagelli per l'umanità e che esse richiedono un approccio centrato sulla comunità.*

*È necessario ora rompere il ciclo di "panico-poi-dimenticare" e perseguire la priorità di finanziamento e attuazione di interventi di preparazione efficaci.*

*Dopo l'epidemia di Covid-19 la medicina sarà più umile e concreta ed avrà una visione diversa della prevenzione.*

*Anche tutti noi saremo più consci di essere precari e fragili."*

*(De Micheli et al., "Il medico, la malattia e Covid-19", JAMD 2020, vol.23, n.1).*

La pandemia da Coronavirus conferma la stretta correlazione tra Salute fisica e Salute mentale - su cui anche le neuroscienze hanno fondato il paradigma dell'approccio biopsicosociale - e ci ricorda una affermazione centrale fatta dalla WHO nel 2005 che *"Non c'è salute senza salute mentale"*.