

## TERRITORIO

L'intervista a Nicola Magrini,  
AIFA, all'acme dell'epidemia

pag. 5

## OSPEDALE

Attenzione anche allo stress  
post COVID

pag. 19

## CLINICOMEDIA

Kawasaki ieri e oggi

pag. 57

**SPECIALE**

# COVID-19 a Milano

La pandemia scritta dai medici della Lombardia

# www.omceomi.it

## Collegati con l'Ordine

Ricordiamo che, ai sensi dell'art. 16 comma 7 D.P.R. 185/2008, sei tenuto a comunicarci il tuo indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC). Se non lo hai già fatto, segnalalo inviandolo a: [segreteria@pec.omceomi.it](mailto:segreteria@pec.omceomi.it)  
Grazie.

## I telefoni dell'Ordine

### Direzione

Dott. Marco CAVALLO  
tel. 02.86471.1

### Segreteria del Presidente

Giusy PECORARO  
tel. 02.86471410

### Segreteria consigliere medicina generale

Cinzia PARLANTI  
tel. 02.86471400

### Segreteria del vice presidente

Silvana BALLAN  
tel. 02.86471423

### Segreteria del consigliere segretario

Laura CAZZOLI  
tel. 02.86471413

### Segreteria commissioni

Maria FLORIS  
tel. 02.86471417

### Area giuridica amministrativa

Avv. Mariateresa GARBARINI  
tel. 02.86471414

### Segreterie organi collegiali

**Ufficio deontologia  
procedimenti disciplinari**  
Dott.ssa Daniela MORANDO  
tel. 02.86471405

Dott. Gabriele AVANZINI  
tel. 02.86471426

### Ufficio iscrizioni, cancellazioni, certificati

Alessandra GUALTIERI  
tel. 02.86471402

Cinzia PARLANTI  
tel. 02.86471400

Maria FLORIS  
tel. 02.86471417

Marina ZAFFARONI  
tel. 02.86471448

### Front office

Cinzia PARLANTI (Stampa)  
tel. 02.86471400

Maria FLORIS  
tel. 02.86471417

### Amministrazione e contabilità

Dott.ssa Paola LANINI  
tel. 02.86471407

### Contabilità - visti d'equità

Gabriella BANFI  
tel. 02.86471409

Rossana RAVASIO  
tel. 02.86471419

Sofia CAPPELLARO  
tel. 02.86471411

### Ufficio Stampa - sito istituzionale

Dott.ssa Mariantonina FARINA  
tel. 02.86471449

### Aggiornamento professionale ECM

Dott.ssa Sarah BALLARÉ  
tel. 02.86471401

Dott.ssa Mariantonina FARINA  
tel. 02.86471449

Dott.ssa Irene PISANI  
tel. 02.86471.427

### Segreteria commissione odontoiatri

Silvana BALLAN  
tel. 02.86471423

Stefania PARROTTA  
tel. 02.86471428

### Pubblicità sanitaria e psicoterapeuti

Lorena COLOMBO  
tel. 02.86471420

### CED

Lucrezia CANTONI  
tel. 02.86471424

Loris GASLINI  
tel. 02.86471412

### Centralino

Fabio SORA  
tel. 02.864711

### Ufficio Rapporti con ENPAM

Katia COSTA  
tel. 02.86471404



### Ufficio Rapporti con ENPAM, modalità di ricevimento

**Ricevimento telefonico:**  
lunedì e mercoledì h 14:00-16:00  
martedì e giovedì h 10:00-12:00

**Ricevimento in sede  
(su appuntamento)**  
lunedì e mercoledì h 10:00-12:00  
martedì e giovedì h 14:00-16:00

Per prenotare il proprio  
appuntamento, chiamare il numero  
di telefono:  
02.86471404

Una segreteria telefonica è sempre  
attiva per lasciare eventuali  
messaggi; il referente d'ufficio  
provvederà a rispondere appena  
possibile.

## SOMMARIO

### EDITORIALE

- 3 L'autunno sta arrivando...

### L'INTERVISTA

- 5 "L'AIFA riveste nuovi ruoli al servizio dell'SSN e del Paese"

### TERRITORIO

- 10 Contributi dei medici del territorio  
Medici e pazienti nello stesso ciclone • Un aiuto fondamentale da dietro le quinte • Più umiltà nel curare • Un ringraziamento al presidio di Villa Marelli • Di ritorno da un viaggio, un nuovo scenario • Tamponi positivi ma procedure non attivate • Decenza • Esperienze in tempo di COVID • Se po' no brascià su tucc el paes

### OSPEDALE

- 19 Dopo COVID, attenzione al *burnout*  
22 Contributi dei medici ospedalieri  
Uno psichiatra incontra il coronavirus • Ippocrate qualcosa ci ha insegnato • L'esperienza in hospice • Il rispetto della persona nonostante tutto • L'importanza del lavoro di squadra • Un fiume di emozioni • Tra orgoglio e paura • L'esperienza di una piccola clinica di Codogno • Incertezza e timore risuonano nel silenzio • L'unione che nasce dall'emergenza



### IN PRIMA LINEA

- 33 Così parlò Gattinoni  
35 Contributi dei medici in prima linea  
Un sorprendente lieto fine • Ho scelto uno splendido lavoro • Parola chiave: gratitudine • Tante emozioni ma mai paura

### RSA

- 39 Il rapporto sulle morti nelle RSA di Milano e provincia  
42 Contributi dei medici delle RSA  
Una lunga notte in RSA • Buonsenso e fortuna • Uniti si vince, divisi si perde • Un grande lavoro con pochi mezzi

### MISCELLANEA

- 45 Debolmente positivi: realtà o illusione?  
48 Riflessioni ed emozioni dei medici sull'epidemia COVID-19  
Le ombre pulsanti • Tempi duri in odontoiatria • Impreparati allo scenario pandemico • Diventare medico all'epoca del COVID-19 • Lettera ai nipoti • È arrivato il momento di progettare 'bottom-up'?



### STORIA E STORIE

- 53 SARS-CoV-2 una storia di patocenosi

### CLINICOMMEDIA IERI E OGGI

- 57 Occhi a mandorla, in tempi non sospetti  
59 Kawasaki: da malattia a complicanza, meno rara e atipica

### DIRITTO

- 60 Cause contro i medici: OM CeOMI e AMLA lanciano un appello congiunto al rispetto della deontologia  
62 Da leggere  
64 Da ascoltare

### SMARTFAD

- I COVID-19 in Lombardia: esperienze in ostetricia, oncologia e terapia intensiva  
II Nascere in tempo di pandemia  
IV Avere un tumore ai tempi di COVID-19  
VII La virtù di sapersi adattare





Registrazione al Tribunale di Milano  
n° 366 del 14 agosto 1948  
Iscritta al Registro degli operatori  
di comunicazione (ROC) al n. 20573  
(delibera AGCOM n. 666/08/CONS del  
26 novembre 2008).

**Direttore Responsabile**  
Roberto Carlo Rossi

**Comitato di Redazione**  
Andrea Senna, Ugo Giovanni  
Tamborini, Martino Trapani, Luciana  
Bovone, Geltrude Consalvo, Costanzo  
Gala, Ugo Garbarini, Dalila Greco,  
Maria Grazia Manfredi, Danilo  
Mazzacane, Claudio Procopio, Sandro  
Siervo

**Redazione e realizzazione**  
Zadig Srl  
via Ampère 59, 20131 Milano  
tel. 02 7526131 - fax 02 76113040  
segreteria@zadig.it  
www.zadig.it

*Direttore:* Pietro Dri

*Redazione:* Nicoletta Scarpa, Maria  
Rosa Valetto (coordinamento)

*Grafica:* Luisa Goglio

**Segreteria**  
Mariantonia Farina  
Via Lanzone 31, 20123 Milano  
tel. 02 86471449  
stamp@omceomi.it

**Stampa**  
Cartostampa Chiandetti Srl,  
Stamperia a Reana del Rojale, Italia  
Trimestrale  
Spedizione a cura di Nexive SpA  
Via Fantoli 6/3, 20138 Milano  
**Dati generali relativi all'Ordine**

#### Nota per gli autori

Gli articoli e la relativa iconografia impegnano esclusivamente la responsabilità degli autori.  
I materiali inviati non verranno restituiti.

Il Comitato di Redazione si riserva il diritto di apportare modifiche a titoli, testi e immagini  
degli articoli pubblicati. I testi dovranno pervenire in redazione in formato word, le illustrazioni  
su supporto elettronico dovranno essere separate dal testo in formato TIFF, EPS o JPG, con  
risoluzione non inferiore a 300 dpi.

#### Consiglio Direttivo

*Presidente*  
Roberto Carlo Rossi

*Vice Presidente*  
Andrea Senna

*Segretario*  
Ugo Giovanni Tamborini

*Tesoriere*  
Martino Trapani

*Presidente Onorario*  
Ugo Garbarini

*Consiglieri*  
Andrea Senna, Ugo Giovanni  
Tamborini, Martino Trapani, Sara  
Andreani, Luciana Bovone, Giovanni  
Campolongo, Giovanni Canto,  
Giuseppe Antonio Deleo, Luigi Di  
Caprio, Costanzo Gala, Maria Grazia  
Manfredi, Jason Franco Ronald Motta  
Jones, Claudio Giovanni Pagliani,  
Massimo Parise, Giordano Pietro  
Pochintesta, Stefano Rusconi, Sandro  
Siervo, Maria Teresa Zocchi

#### Commissione Albo odontoiatri

*Presidente*  
Andrea Senna

*Componenti*  
Jason Franco Ronald Motta Jones,  
Claudio Giovanni Pagliani,  
Claudio Procopio, Sandro Siervo

#### Collegio Revisori dei conti

*Presidente*  
Danilo Renato Mazzacane

*Revisori*  
Geltrude Consalvo,  
Mariapaola Seveso

*Revisore Supplente*  
Donatella Gambera

Questo numero speciale dedicato al COVID-19  
è stato realizzato raccogliendo le testimonianze  
dei medici milanesi e lombardi su esperienze  
professionali e personali significative qualunque  
sia il contesto e il ruolo in cui hanno operato negli  
ultimi difficili mesi.

I contributi sono giunti numerosi e hanno trovato  
spazio sia in questo numero speciale sia  
in una sezione dedicata del sito di OMceOMI e  
sono preziosi per ricomporre un quadro  
di quanto accaduto più veritiero e aderente alla  
realtà per lasciare una traccia di un evento tanto  
straordinario quanto drammatico.

Grazie a tutti per l'intensa partecipazione.

# L'autunno sta arrivando...

Giancarlo Buccheri<sup>†</sup>, Nicola Cocucci<sup>†</sup>, Gianfranco D'ambrosio<sup>†</sup>, Carmela Laino<sup>†</sup>, Roberto Mario Lovotti<sup>†</sup>, Alberto Pollini<sup>†</sup>, Guido Retta<sup>†</sup>, Mario Ronchi<sup>†</sup>, Gerardo Fabio Rubino<sup>†</sup>, Alberto Santoro<sup>†</sup>, Giovanni Stagnati<sup>†</sup>, Carlo Vergani<sup>†</sup>, Marzio Carlo Zennaro<sup>†</sup>.

**QUESTI NOMI** sono un pesante "J'accuse" che noi rivolgiamo a tutti, indistintamente: nazione, Regione ed enti locali: sono i Medici e gli Odontoiatri milanesi deceduti per coronavirus. Oltre a questi Colleghi ce ne sono tanti altri che si sono ammalati.

Roberto Stella, presidente dell'Ordine dei Medici di Varese, è morto l'11 marzo 2020 a causa del coronavirus. Il 21 febbraio ero seduto al suo fianco, durante la riunione del Comitato Centrale a Roma. Abbiamo chiacchierato, parlato e riso assieme per diverse ore.

Ripenso a quel giorno: probabilmente si è contagiato subito dopo, probabilmente mi è andata bene, io non ve lo so dire. Il mattino in cui mi hanno comunicato la sua morte me lo ricordo ancora.

Domenica 23 febbraio ho mandato la prima lettera alla Regione Lombardia per raccomandare alcuni semplici interventi da fare: la completa dematerializzazione della ricetta, l'autocertificazione dei primi giorni di malattia, la distribuzione a tutti i Medici dei DPI e la chiusura degli studi all'accesso libero: su alcune cose mi hanno ascoltato, su altre no o lo hanno fatto troppo tardi.

Vale la pena ricordare che in Italia i Sanitari contagiati sono oltre il 12% del totale e in Lombardia questa percentuale è ancora più alta. Anche se non ho dati precisi sul resto del mondo, quello di cui sono sicuro è che per i Medici e gli Odontoiatri italiani questa pandemia è stata qualcosa di assolutamente peculiare, poiché ci sono Paesi in cui i Sanitari quasi non sono rimasti infettati.

**PER QUANTO È SUCCESSO** la responsabilità, a mio modo di vedere, è da dividere equamente tra il livello nazionale, regionale e, in alcuni casi, anche quello locale. Senza distinzioni tra destra e sinistra. Perché non ha funzionato nulla: il 31 gennaio 2020 è stato decretato uno stato di emergenza sanitaria e da quel momento c'è stato tutto il tempo per organizzarsi, ma sostanzialmente niente è stato fatto. Si è detto che nessuno era preparato a quello che sarebbe successo. C'è del vero in questo, ma i segnali c'erano eccome e c'era il tempo per agire, per iniziare a prepararsi.

Cari colleghi, mi dovete spiegare perché quando un Medico fa un errore, anche su un caso difficile o estremamente urgente, nessuno è pronto a giustificarlo, anzi tutto il mondo è pronto a condannarlo. E quindi non capisco come mai i politici e gli amministratori vengano perdonati così facilmente.

Mi hanno anche detto che sono stato ingeneroso verso i funzionari,



perché in realtà loro hanno lavorato tantissimo: ma anche il medico che sbaglia, a meno che non sia un criminale, lo fa in buona fede e lavora tantissimo. Solo che il suo errore non viene perdonato; e, in ogni caso, lavorare tanto non significa necessariamente lavorare bene.

Spero che la politica in futuro ci ascolti di più, ma continuo a vedere “comitati di saggi” costituiti in prevalenza da persone che il territorio non l’hanno mai visto o che non sono mai entrati in una corsia ospedaliera. E leggo notizie fantasiose, come la proposta di rendere dipendenti i medici di medicina generale, per “farli lavorare di più”..., come se fino ad adesso non avessero fatto niente e non fossero stati tra i primi ad essere contagiati e ad ammalarsi!

La verità è che il territorio è stato lasciato a se stesso, con pochi medici, e gli ospedali non erano preparati a gestire un evento del genere. Non è difficile da capire. Non servono soluzioni fantasmagoriche, ma il buon senso. E per sapere come agire con buon senso basta chiedere a chi lavora in ospedale e sul territorio e, come dico sempre io, mettere la mano sulla pancia delle persone.

**L'AUTUNNO STA ARRIVANDO:** non so se ci sarà una seconda ondata, ma ci saranno sicuramente i sintomi dei tipici malanni invernali che dovremo affrontare e riconoscere. È meglio pensare adesso a come muoversi e non arrivare impreparati con il rischio di dover di nuovo chiudere città intere.

A cominciare dai dispositivi di protezione. Perché in questo senso ho visto, letto e sentito cose miserabili: funzionari pubblici che si lamentano di dover fornire anche i medici convenzionati di dispositivi di protezione, funzionari che fanno conti per capire quanto impatta sul bilancio l’acquisto e lo stoccaggio delle mascherine. A loro vorrei chiedere: e una vita umana quanto costa? E un medico che infetta molti altri pazienti quanto costa?

E visto che il nostro Ordine ha continuato a lavorare ogni giorno e a trovare e a proporre mille soluzioni per gestire al meglio questa emergenza, voglio qui ricordare anche un nostro recente piccolo grande traguardo: la proposta di legge per risarcire gli operatori sanitari vittime (deceduti o danneggiati) della COVID-19. Questa proposta è stata recepita da diversi senatori ed è diventata ufficialmente un disegno di legge (il n° 1861). So che è strano che un Ordine dei medici faccia una proposta di legge, ma visto che non ci ha pensato nessuno a risarcire i Colleghi e i professionisti sanitari vittime della pandemia, lo abbiamo fatto noi! Speriamo che il suo cammino non si interrompa per qualche ostracismo politico o qualche cavillo burocratico.

Infine, per guardare al futuro, questa emergenza ci ha fatto utilizzare meglio e con nuovo fervore la modalità di comunicazione e apprendimento da remoto. I corsi di aggiornamento dell’Ordine, grazie allo sforzo del personale e dei Consiglieri che se ne occupano, non si sono fermati. Abbiamo attivato dei *webinar* che stanno dando ottimi risultati e che abbiamo intenzione di implementare.

Ci aspetta un autunno ricco di incertezze. L’Ordine si mette a disposizione dei politici e degli amministratori per trovare soluzioni. Ma, una volta tanto, che costoro si fermino ad ascoltare ciò che abbiamo da dire! ■



### I videomessaggi del Presidente

Chi non abbia ancora preso visione dell’ultimo videomessaggio o voglia riguardare i precedenti può collegarsi alla [playlist](#)

# “L’AIFA riveste nuovi ruoli al servizio dell’SSN e del Paese”

L'intervista con il direttore Generale dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) è stata raccolta il 27 aprile 2020 e documenta il continuo mutamento dello scenario relativo a COVID per quanto riguarda le opzioni terapeutiche. Per un continuo aggiornamento, sul sito dell'AIFA sono pubblicate le [sperimentazioni in corso in Italia](#) e i [programmi a uso compassionevole](#).

**DALL'INSEDIAMENTO** il 2 marzo come direttore dell'Agenzia italiana del farmaco Nicola Magrini si è fatto notare con una serie di misure decisamente straordinarie legate anche all'epidemia da coronavirus. Già la seconda settimana (11 marzo) istituisce l'Unità di crisi per sviluppare una risposta rapida e adeguata alle domande poste dall'epidemia montante sugli aspetti regolatori e di uso ottimale dei farmaci, e pubblica nuove schede informative sui farmaci usati *off label* per l'emergenza COVID-19. Dal 17 marzo col Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) Cura Italia viene deciso che AIFA con la sua Commissione tecnico scientifica (CTS) valuta e approva tutti gli studi clinici sui nuovi farmaci che si svolgono sul territorio nazionale con un unico parere del Comitato etico dello Spallanzani. Cerca inoltre di dare maggiore impulso alla funzione congiunta di CTS e Comitato prezzi e rimborsi (CPR), le due commissioni AIFA che lavorano congiuntamente alla valutazione e approvazione dei nuovi farmaci da immettere sul mercato, alla loro rimborsabilità e prezzi, nonché alla definizione dei loro usi ottimali nel nostro Servizio sanitario nazionale.

Colpito da COVID-19, Nicola Magrini ha continuato a lavorare allo Spallanzani dove è stato ricoverato per 12 giorni.

**L'AIFA si è imposta come una fonte informativa importante per medici e pubblico durante la pandemia. Come vi siete mossi?**

L'Unità di crisi COVID-19 istituita su iniziativa mia e del Presidente Mantoan è partita dopo pochi giorni dal mio arrivo e si è occupata di temi caldi e difficili come l'uso dei farmaci per il trattamento o la prevenzione dell'infezione COVID-19, l'informazione sugli usi ottimali, le carenze di farmaci e soprattutto le sperimentazioni cliniche.



Poi col Decreto “Curaitalia” la CTS di AIFA ha iniziato a valutare – dal 17 marzo – tutti gli studi clinici sui nuovi farmaci o su vecchi farmaci *repurposed* riunendosi tutti i giorni: un lavoro incredibile e straordinario a un tempo, gestito senza esitazioni dalla Commissione tecnico scientifica AIFA e per il quale devo ringraziare tutti i membri e la sua presidente Patrizia Popoli. Anche col Comitato etico dell’Istituto Spallanzani, che dava il suo parere in poche ore o in pochissimi giorni, si è stabilita una collaborazione davvero virtuosa.

### Quali sono stati i passaggi cruciali di questo lavoro?

In un primo tempo abbiamo dovuto gestire l’emergenza. C’è stato per esempio il caso del farmaco tocilizumab, un anti-interleuchina-6 usato normalmente contro l’artrite reumatoide, che all’inizio, sembrava un farmaco miracoloso e in pochi giorni 600 pazienti sono stati trattati col farmaco donato dall’azienda produttrice. Ma il problema vero era ed è sapere se questo farmaco funziona e quanto funziona. Abbiamo rapidamente allestito uno studio di fase due a braccio singolo (come si fece con la sperimentazione Di Bella dopo gli annunci ai telegiornali che funzionava), anche perché nessuno avrebbe accettato di essere randomizzato con gli acuti dopo le affermazioni fatte da alcuni e quindi rinunciare alla cura\*. In un solo giorno 330 pazienti sono entrati nello studio, che ha affiancato un altro studio osservazionale con oltre 1.200 pazienti che si era creato nel frattempo a mo’ di registro.

Ecco, questo è stato un momento non facile durato una o due settimane, passato il quale ci si è trovati ad approvare anche studi randomizzati con un migliore disegno e una metodologia più affidabile e rigorosa, perché quello che abbiamo imparato durante la recente epidemia di Ebola è proprio che servono studi randomizzati per capire se le terapie funzionano e si possono, anzi si devono fare anche durante le emergenze. Ma gestire le emergenze è chiaramente difficile e problematico, perché si moltiplicano domande e aspetti inattesi e ignoti.

### Qualcuno ha cautamente criticato l’AIFA per questi studi “alla Di Bella”, con riferimento soprattutto

### all’antinfluenzale favipiravir, insinuando di correr dietro alla politica...

Sono situazioni che sarebbe irresponsabile non gestire, pur con il dovuto rigore. Favipiravir è un antinfluenzale di cui si fa ampio uso in Giappone, quindi un farmaco sicuro anche se poco efficace. Già era stato testato da uno studio francese su Ebola e non aveva funzionato. Un paio di piccoli studi cinesi (con vari difetti) avevano suggerito un modesto effetto e così lo abbiamo inserito in uno studio su pazienti a domicilio che confronta questo farmaco con cloroquina, lopinavir e ritonavir, e altro ancora.

### Quindi dopo la prima fiammata del tocilizumab, che altri studi sono seguiti?

Nell’arco di due o tre settimane sono stati approvati diversi studi randomizzati su nuovi farmaci (inibitori della IL6, IL1 e altri meccanismi alla base della cosiddetta “tempesta di citochine”) e poi si sono approvati studi per indagare gli anticoagulanti come l’eparina. In ultimo è partito uno studio a sette bracci di tipo adattativo e pragmatico, vale a dire che confronta rispetto alle cure standard i vari nuovi anticorpi e il cortisone stesso, terapia di cui vanno studiati dosaggi e durate. Questi studi, così come quello della Organizzazione mondiale della sanità (WHO Solidarity trial) rappresentano una modalità davvero nuova e intelligente di affrontare lo studio di nuovi e vecchi farmaci per questa emergenza.

### Ma è stato un problema arruolare i pazienti?

Nello studio a sette bracci, per esempio, c’è stato un problema, per fortuna... Faticiamo ad arruolare pazienti gravi perché non ce ne sono più come qualche settimana fa. Segno evidente che le misure di distanziamento fisico e contenimento a domicilio hanno funzionato.

### In che senso?

Nel senso che pazienti che arrivano gravissimi, con una imponente cascata infiammatoria, con l’interleuchina alle stelle, con il D-dimero alto, oggi [*fine aprile, ndr*], anche nei grandi centri sono meno, e l’infezione non sembra più essere come prima.

\* In data 17 giugno 2020 l’AIFA ha comunicato la conclusione anticipata di uno studio randomizzato sul tocilizumab perché “lo studio non ha mostrato alcun beneficio nei pazienti trattati”



Se c'è una cosa che ha veramente funzionato sono le nostre ottime terapie intensive



Forse questo bisognerebbe cominciare a dirlo, per dare fiducia e il senso che siamo andati nella giusta direzione. Ma di fatto, l'isolamento sociale ha portato a una frenata dei casi e a qualche contagio familiare, che di solito si evolve in una infezione moderata.

#### **Parliamo invece del cortisone e di altri antinfiammatori. All'inizio sembravano veleno per COVID. Cosa è successo?**

Ci sono stati messaggi fuorvianti su farmaci comunemente usati come i FANS e nella fattispecie l'ibuprofene, sul quale sono arrivati messaggi terrorizzanti poiché sembrava favorire l'insorgenza di un'infezione virale – cosa che poi si è rivelata infondata. Poi c'è stato l'allarme per chi prendeva ACE inibitori e sartani, farmaci antipertensivi che sembravano peggiorare la prognosi dell'infezione agendo sugli stessi recettori (ACE2) usati dal virus per entrare nelle cellule. E anche questa è stata smentita da studi condotti in Regione Lombardia dal gruppo di Giovanni Corrao e Giuseppe Mancina. Il cortisone invece è un farmaco importante per COVID-19. È stato sconsigliato dall'OMS sia nella prima SARS sia nella MERS per trattamenti prolungati, per i noti effetti come l'insorgenza del diabete o l'aumento della pressione arteriosa. Ora però l'approccio è completamente diverso perché prevede un trattamento in boli ad alte dosi per pochi giorni. Alcuni degli studi clinici in corso (fra cui quello che compara diversi farmaci) ci diranno la reale efficacia di questo farmaco su COVID-19.

#### **Il vero *battage* internazionale, con l'iniziativa dello studio francese e l'entusiasmo di Trump, subito spento**

**da Anthony Fauci, è stato fatto sulla cloroquina, in particolare l'idrossicloroquina. Di fatto questo è il farmaco che i medici hanno dato ai pazienti con sintomi a casa, con o senza antibiotico. È un protocollo corretto dal punto di vista di AIFA?**

Secondo l'AIFA no, perché seguendo l'avviso degli infettivologi non è appropriato aggiungere di norma l'antibiotico (di solito azitromicina) alla cloroquina. Come è noto la cloroquina, può avere come effetto collaterale, ancorché raro, l'arresto cardiaco (come documentato in Francia dove questo farmaco è stato usato di più, proprio in associazione ad azitromicina, che ha a sua volta una tossicità cardiaca minima). Come ricordato anche dal *New England Journal of Medicine*, la cloroquina va ancora testata sia per l'efficacia sia per la sicurezza, e quindi è importante non abbassare gli standard metodologici. Tuttavia, l'AIFA ha inserito (in deroga alla legge 648/96) nell'uso *off label* a carico del SSN sia la cloroquina sia l'idrossicloroquina unicamente in considerazione dell'emergenza sanitaria.

#### **Ma ci sono alle viste farmaci più efficaci di quelli attuali che nel seguito di COVID-19 possano controllare meglio la situazione?**

Il mio messaggio è, di nuovo, di grande prudenza. I segnali che abbiamo visto finora è che i primi farmaci che abbiamo approvato, come il remdesivir, se hanno un effetto è minore dell'atteso. Non a caso gli studi della casa produttrice sono stati aumentati come campioni di quattro volte (da 6-800 pazienti a 2.400) perché si aspettano un effetto più piccolo dell'atteso, difficile da rilevare in studi poco numerosi. Peraltro, questo come altri studi non sono stati fermati per eccesso di beneficio e hanno ricevuto una serie di aggiustamenti per i motivi che ho detto.

Lo studio randomizzato su lopinavir/ritonavir (pubblicato dal *New England Journal of Medicine*) è andato male e si è visto che sui pazienti gravi non fa molto. Vedremo sui pazienti lievi se può fare qualcosa, gli studi sono in corso.

#### **Poi si è "scoperta" l'eparina.**

Di certo l'eparina si è rivelata importante per le complicazioni della coagulopatia che interessa una parte dei malati gravi. Ma anche in questo caso è necessario studiarla in modo rigoroso per spiegare.

**Qual è il farmaco che promuoverebbe a pieni voti?**

Se c'è una cosa che ha veramente funzionato fino a ora, come ha sostenuto più volte l'intensivista Luciano Gattinoni, sono le nostre ottime terapie intensive, e quindi *in primis* l'ossigeno ma soprattutto i *team* e gli operatori sanitari ben preparati e attrezzati.

**E lo studio al momento più solido e importante?**

La cosa positiva è che sono nati studi comparativi importanti e ben fatti, come lo studio dell'OMS Solidarity, dove è presente anche l'Italia, con l'idea di confrontare cloroquina, lopinavir/ritonavir, interferone beta e remdesivir. L'Italia è stata fra i più aperti e innovatori nell'indagare i vari farmaci attivi sulla cascata infiammatoria, che potrebbero essere utili non per tutti ma per qualche sottogruppo di pazienti. Non stiamo parlando di farmaci risolutivi, ma che forse possono aiutare.

**Mi sembra comunque un ottimo segno che AIFA stia coordinando questi studi.**

Questa è una conseguenza sicuramente positiva del Decreto "Curaitalia" che ha obbligato tutti i nuovi studi per COVID-19 a essere vagliati da AIFA e da un solo Comitato etico, quello dello Spallanzani.

L'agenzia ha spinto inoltre per avere solo studi randomizzati per dare più forza alla sperimentazione. E devo dire che i due studi più interessanti – ARCO (*Adaptive Randomized trial for therapy of Corona virus disease 2019 at home with oral antivirals*) e AMMURAVID (*Cumulative adaptive, multiarm, multistage and multicentre randomized clinical trial with immunotherapy for Moderate COVID-19*) – quello che citavo prima a sette bracci – sono stati disegnati in uno sforzo congiunto con i ricercatori. Così facendo siamo passati dall'essere un semplice ente regolatore a soggetto capace di sviluppare e sostenere i nuovi *trial* disegnati da gruppi di ricerca indipendenti.

**Nelle prime settimane, quando eravamo nel fuoco dell'epidemia, si sono levate voci che hanno reclamato studi più rapidi e l'uso "di guerra" di farmaci anche se non ancora perfettamente testati. Cosa ne pensa?**

Per fortuna siamo rinsaviti e anche grandi riviste internazionali come *JAMA* e *New England Journal of Medicine* hanno insistito sul fatto che anche in emergenza vanno fatti studi rigorosi, possibilmente randomizzati e di maggior leggibilità.

**Mascherine nel tempo**

Le mascherine chirurgiche e i DPI diventeranno un'icona di questo *annus horribilis*, ma di fatto hanno accompagnato la storia della medicina. Un recente articolo a cura di ricercatori tedeschi<sup>1</sup> propone un interessante percorso iconografico sui dispositivi di protezione individuale.

L'indumento indossato dal medico della peste del Seicento fu proposto dal francese Charles de Lorme, medico di Luigi XIII, e fu certamente usato per la prima volta a Venezia nel 1630, nel corso di un'epidemia. Si trattava di un vestito impermeabile lungo fino ai piedi (in tela cerata nera), da indossare insieme a guanti, scarpe e cappello a tesa larga. La maschera aveva le aperture per gli occhi, coperte da lenti di vetro, due buchi a livello del naso per consentire la respirazione e in comunicazione con il grande becco ricurvo che conteneva sostanze profumate (fiori secchi, lavanda, timo, mirra, ambra, foglie di menta, canfora, chiodi di garofano, aglio e, quasi sempre, spugne imbevute di aceto) definiti "antidoti", in quanto si riteneva fossero in grado di proteggere dal contagio, allontanando i miasmi che erano ritenuti la causa scatenante delle epidemie. La canna veniva utilizzata per visitare i pazienti senza toccarli, ma anche per allontanare le persone infette.

<sup>1</sup> Matuschek C. The history and value of face masks. *Eur J Med Res* 2020; 25:23. 23 Jun. 2020, doi:10.1186/s40001-020-00423-4



Versione a colori di un'incisione su rame del dottor Schnabel (cioè del dottor Becco), un medico della peste nella Roma del XVII secolo, circa 1656 di Paul Fürst (1608-1666) di Norimberga.

Durante l'emergenza si deve essere al contempo rapidi e rigorosi

**Direi però che – come mostra l'accelerazione su vaccino e farmaci in corso ora negli Stati Uniti su iniziativa dello stesso Fauci – COVID-19 impone un cambio di marcia, no?**

Il cambio di marcia c'è stato data l'emergenza, ma senza deflettere dal rigore. Si può essere al contempo rapidi e corretti e mantenere gli standard etici prima di tutto. D'altra parte, già negli anni passati era invalsa l'idea di accelerare nella sperimentazione farmacologica, sostenuta da diversi portatori di interesse, e adottare dati preliminari e parametri surrogati. Quindi c'è stata anche la tendenza a spingere sui cosiddetti studi osservazioni su dati reali, che non si è fortunatamente ripresentata in questa emergenza. Ma soprattutto questa linea non è passata anche grazie all'opposizione dell'Agenzia europea del farmaco (EMA), che si è spesa per avere studi randomizzati comparativi anche a fini registrativi. Questa ritengo sia una nota di merito che intendo sottolineare. Eppure, ancora oggi vengono pubblicati su riviste prestigiose studi che non hanno questo rigore, alla fine dei quali non si può dimostrare una chiara efficacia.

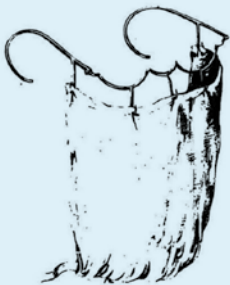
**Molti anni fa AIFA si era distinta per aver creato un fondo per finanziare la ricerca indipendente con**

**una quota delle spese di marketing delle aziende farmaceutiche. Poi questo fondo è andato via via scemando. Ora che si fa?**

Aumenteremo il fondo per la ricerca indipendente per riportarlo ai livelli storici. È stato istituito anche un fondo specifico per le emergenze nazionali, come l'antibiotico-resistenza, di cui sarebbe meglio non dimenticarsi, visto lo stato assolutamente critico nel quale ci troviamo in Italia.

**Come pensa che usciremo da COVID-19 come Paese?**

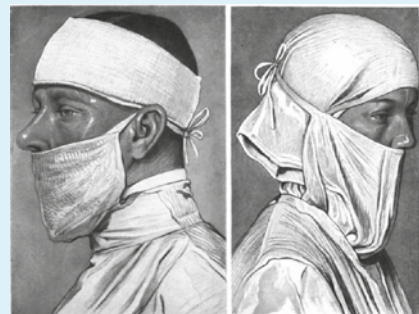
Ne usciremo spero con un grande senso di ancoraggio e di affetto per il nostro Servizio sanitario pubblico, soprattutto con la convinzione che l'SSN è un bene comune che va preservato e rafforzato. Il fatto che la gente abbia capito che non servivano tanto e solo i posti letto ma soprattutto medici competenti e infermieri specializzati la trovo una cosa importante, che mi tocca particolarmente, avendo sperimentato in prima persona le competenze e le qualità umane presenti in questo campo, come coloro che mi hanno seguito nei miei 12 giorni di degenza all'Istituto Spallanzani di Roma. Operatori sanitari e professionisti umanamente e professionalmente di grande levatura. Il vero patrimonio del paese come ripete sempre Beppe Ippolito. ■



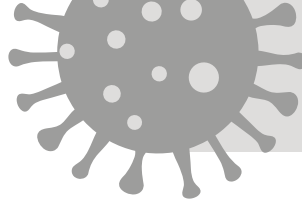
Maschera facciale secondo il chirurgo britannico Berkeley George Andrew Moynihan (1865-1936). *Operazioni addominali* 1906 Saunders, Philadelphia Vol I S 24.



Hermann Otto Hoyer (1894-1968). Ferdinand Sauerbruch in una toracotomia (1922), Museo di storia della medicina della Charité, collezione d'arte Charité.



"La nostra maschera per il viso e la fasciatura della fronte" e "maschera per persone con i capelli lunghi". Kirschner M. *Allgemeine und Spezielle Chirurgische Operationslehre* Bd 1, Julius Springer, Berlino, 1927 S.



# Medici e pazienti nello stesso ciclone

Contributo di **Marzia Bronzoni**

MMG  
Seriato (BG)

Molte volte sentendo di un terremoto, di uno tsunami o di guerre mi sono sentita fortunata. Sapevo che il luogo in cui vivo è un luogo sicuro. O così mi sembrava. Quando la pandemia è scoppiata a Bergamo ho pensato: questa volta nell'occhio del ciclone ci sono io. In un ciclone al centro regna l'immobilità mentre tutto intorno gira in modo vorticoso. Come le sirene delle ambulanze che nel silenzio del lockdown risuonano a tutte le ore. Come le pale degli elicotteri che trasportano i malati gravi in altri ospedali, lontani da questa folla di persone ammalate, in ospedali dove è ancora possibile trovare un respiratore.

Vorticoso era anche il mio lavoro nei giorni prima che mi ammalassi e che anche io fossi costretta a letto, immobile come nell'occhio del ciclone; febbricitante, tossendo e faticando a respirare. Nei giorni o forse settimane, prima che il coronavirus ci cambiasse la vita, noi medici di medicina generale stavamo inconsapevolmente maneggiando una bomba: "Ha fatto viaggi in Cina nelle ultime due settimane? Ha avuto contatti con la zona di Codogno?" La risposta invariabilmente negativa mi tranquillizzava. Poi, esattamente il lunedì 2 marzo la bomba ci è scoppiata tra le mani. Cinquanta, sessanta persone, per lo più giovani, tutte con gli stessi sintomi: mal di gola, febbre, tosse, qualcuno lieve affanno. Nella mia storia professionale non era mai capitato nulla del genere. Finito l'ambulatorio, incredula, mi affaccio alla porta



del mio collega. Anche lui stava vivendo la stessa cosa. Mi precipito a rileggere le mail dell'ATS; forse qualcosa mi era sfuggito! Ma niente, dalle mail dell'Azienda Sanitaria il coronavirus sembrava essere lontano: "segnalare la presenza di eventuali casi e riferirli alle malattie infettive dell'Ospedale papa Giovanni XXIII". Nessuna indicazione clinica, nessun protocollo di trattamento. Cerco allora sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità; lì certamente avrei trovato indicazioni attendibili e aggiornate. E invece no: anche qui informazioni banali e nulla di più. Consulto alla fine le più importanti riviste scientifiche, ma anche qui trovo solo studi epidemiologici, studi comparativi sull'utilizzo di questo o di quell'altro antivirale... niente che mi potesse essere utile.

Noi medici abbiamo linee guida; siamo abituati ad avere a che fare con malattie che conosciamo, a ragionare avendo un bagaglio di informazioni a cui automaticamente attingiamo ogni volta che ci viene posto un quesito. Quando è scoppiata la bomba nessuna linea era ancora stata tracciata; nessuna indicazione

da poter seguire. Ero sgomenta. Mi interfacciavo con decine e decine di persone con la febbre e con una tosse che non passava mai, e non sapevo quali indicazioni dare! I miei consigli erano sempre gli stessi: "Stiamo a vedere, prenda il paracetamolo, faccia l'aerosol, eventualmente prenderà l'antibiotico, ci risentiamo fra un paio di giorni!".

Anche la mia febbre, nel frattempo, aumentava di giorno in giorno, la tosse si faceva sempre più insistente e un penoso senso di affanno mi stringeva il petto. Dal letto sentivo i miei pazienti telefonicamente o per *whatsapp* e da loro scoprivo quelli che erano i tratti caratteristici della malattia. Ricordo il primo paziente che mi riferì di non percepire gli odori; era l'inizio e anche di questo sintomo non si sapeva nulla. Io, perlomeno, allora non sapevo di questo segno così caratteristico dell'infezione. Ricordo il mio imbarazzo di fronte a costui che a tutti i costi voleva sapere perché aveva perso l'olfatto! Aveva avuto un forte raffreddore così lo imputai a quello, non sapendo ancora che l'anosmia da COVID sembra essere

conseguenza di un danno neurologico piuttosto che dalla rinite.

Nel frattempo, sempre tramite *whatsapp*, sentivo altri colleghi anche loro ammalati. Ci passavamo le informazioni, ci scambiavamo i valori di saturazione, ci davamo consigli e sperimentavamo su noi stessi i primi farmaci che si iniziavano a usare.

Io, tuttavia, peggioravo. Solo grazie a un collega che mi disse che dovevo assolutamente fare una TAC, e al quale, in fondo, devo la vita, superai il mio stato di inerzia e mi recai in Pronto Soccorso. Infatti, nonostante fossi sempre più dispnoica e febbricitante e il medico che è in me se ne rendesse conto, un'altra parte di me, più inconsapevole, mi diceva di pazientare. È sempre difficile togliersi il camice bianco ed entrare nel ruolo del paziente. Quando mi decisi a chiamare il 112, restai due ore al telefono senza che nessuno mi rispondesse. Erano i giorni in cui la Lombardia ha toccato il picco dei decessi. Non trovai altra soluzione che recarmi in ospedale a piedi, in fondo dista solo duecento metri da casa mia. Per strada non c'era nessuno, faceva ancora freddo, sentivo il rumore della mia tosse che si allargava, occupava le strade deserte, occupava le strade deserte, sentivo il mio cuore che per quanto camminassi in modo lentissimo e fossi costretta a fermarmi ogni dieci metri per la tosse e l'affanno, batteva all'impazzata. Per strada, sola, cercando di arrivare in Pronto Soccorso, compresi le immagini che avevo visto su *Internazionale* qualche settimana prima. Erano le foto di alcune persone morte per strada a Wuhan nel tentativo di raggiungere un ospedale. Quelle immagini ora le capivo e mi svelavano l'inferno che doveva essere stata l'epidemia in Cina. Capivo che non ci era stata raccontata la verità, così come probabilmente non ci viene raccontata nemmeno oggi dai Paesi del mondo che, oltre all'epidemia in

corso, hanno la sventura di sottostare a una dittatura.

La mia TAC confermava una brutta polmonite ma non c'erano posti letto e firmai per tornare a casa. Il mio epilogo è felice: sentii nuovamente le Malattie Infettive e iniziai una nuova terapia e con questa in meno di 48 ore ebbi un significativo miglioramento. Mi resta tuttavia una grande amarezza: molti miei pazienti

sono finiti in terapia intensiva, qualcuno di loro non ce l'ha fatta. Alcuni li ho rivisti dopo la dimissione dall'ospedale e li ho seguiti nella convalescenza. Ho contattato alcuni familiari dopo il decesso del loro congiunto; con tutti loro ho in comune il trauma della malattia. Resto invece sola nella colpa che sento con alcuni miei pazienti, per non essere stata nelle condizioni di poterli curare al meglio, così come avrei voluto. ❧

\* \* \* \* \*

## Un aiuto fondamentale da dietro le quinte

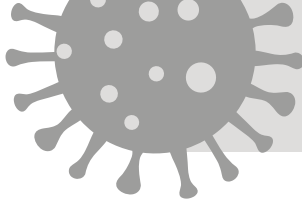
Contributo di **Simonetta Pagliani**

MMG in pensione  
Milano

**H**o fatto il medico per 42 anni, dapprima nei servizi territoriali dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM, come si chiamava allora) e come guardia medica festiva e notturna, in presidi dell'*hinterland* milanese, infine, per 38 anni, in un ambulatorio di medicina generale. Purtroppo, non sono riuscita a organizzarmi in "medicina di gruppo" e il mio lavoro da "solista" è stato penalizzato dal minimo dell'organizzazione, che cercavo di controbilanciare con il massimo della disponibilità: il mio modello ispiratore era l'ambulatorio di Lambaréné (fatta salva la ben diversa caratura del dottor Schweitzer) sia per l'essenzialità della struttura e degli arredi, sia per la dichiarata e praticata equanimità verso proprio tutti i pazienti, come direbbe Totò, "a prescindere". È chiaro che un ambulatorio così, senza filtri di segreteria o di infermieri, ad accesso libero e sempre affollato, non avrebbe retto all'onda di piena di COVID-19: mi considero, perciò, miracolata dagli eventi familiari che mi hanno sollecitato ad andare in pensione lo scorso anno.

Ciononostante, l'arrivo del coronavirus a pensionamento avvenuto ha destato in me il sentimento di essere stata defraudata della possibilità di dare una prova del mio attaccamento al lavoro e ai miei pazienti e il rammarico di poter ormai entrare solo nel numero delle vittime, ma giammai dei guaritori; io posso essere curata, ma senza più curare. Certo, consigli telefonici ad amici e parenti e a qualche ex paziente nostalgico, ne do ancora, ma il mio solo impegno in questo frangente (anche in considerazione della mia età e di qualche "difetto di fabbrica" genetico e autoimmune) è quello di leggere la letteratura che viene man mano prodotta da chi opera sul campo, di provare a separare il grano dei risultati significativi dalla pula delle conclusioni affrettate e di dare un contributo di divulgazione, avvalendomi dell'ospitalità di "*Scienza in rete*", un portale di vivace comunicazione scientifica.

Penso, però, che i medici in pensione, soprattutto ora che la prima linea sembra adeguata alle necessità, potrebbero rivelarsi utili anche come volontari in un'attività telefonica e informatica di *contact tracing*, come ha recentemente suggerito l'ECDC (*European centre for disease prevention and control*), sempre che le Regioni decidessero di avviare un programma pubblico di questo genere. ❧



# Più umiltà nel curare

Contributo di **Giovanni Battista Agus**

Specialista in chirurgia vascolare e angiologia, Milano

Ordinario fuori ruolo di chirurgia vascolare, Università degli Studi di Milano

**S**i ha quasi pudore a ritrovarsi a parlare di se stessi in era di coronavirus e, anche, di qualche protagonismo di troppo. Ma prima dovrò ricordare come a marzo abbia perso mia madre, laggiù in Sardegna, senza poterla raggiungere. Lo potrò fare – incontrarla al cimitero – quando mi apriranno i confini. Eppure, nonostante questo dolore e l'esser io DNR (*do not resuscitate*) per i miei 76 anni, causa di una qualche particolare attenzione ai contatti interpersonali e dunque di sospensione della normale attività di visite ai propri pazienti, non solo per Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, ho vissuto il periodo come apertura a possibilità enormi. Posso dirlo, positive.

Da un lato, e da forte lettore, occasione di rileggere tanta letteratura e poesia di grande nutrimento dell'anima, ma anche pratica. Con alcuni colleghi di varie parti d'Italia si è lavorato e quasi del tutto realizzato un importante lavoro editoriale sulle origini del concetto di circolazione e malattia – sanguigna e linfatica – questa è la mia specializzazione, e sul percorso cronologico di tutte le scoperte diagnostiche e terapeutiche in questo campo, dalla preistoria a oggi. Abbiamo così vissuto in mezzo a grandi medici!

Forse più importante, sempre con colleghi "vascolari", questa volta italiani e di altri Paesi, abbiamo potuto ragionare e diffondere nozioni sul rapporto tra trombosi e COVID, in *network* come *Vasculab groups, Irvine3 Vascular Labs* e altri; e curare pazienti COVID a domicilio.

A febbraio, nessuno parlava di rischio macro e micro-trombotico *nel* e *del* virus. Eppure le informazioni e una letteratura scientifica al riguardo esistevano da circa dieci anni, dalla prima epidemia di SARS-CoV, quella che vide un grande medico italiano primeggiare realmente e morire, Carlo Urbani (abbiamo dovuto, questa volta, sentire e vedere sui *media* certi colleghi affermare che essi "avevano scoperto che il COVID si cura con l'eparina"). Il coinvolgimento del sistema macro e microvascolare con l'aggressione del COVID-19 è certo. Sorprendente era che quel tipo di paziente, allettato, defedato, anziano, con importanti comorbilità, non fosse di per sé, e secondo tutte le linee guida, già da sottoporre sin dall'inizio a comune profilassi con eparina a basso peso molecolare. E, seppure ancora da meglio approfondirsi, quando ancora non si avevano le conferme da serie autoptiche, a tutto ciò doveva aggiungersi il fattore patogenetico vascolare

dell'aggressione infiammatoria virale. Queste righe sono un'esperienza vissuta, con rischio però di farne un pur minimo articolo scientifico.

Ritornando al vissuto personale, scopo di questa possibilità di testimonianze offertaci dal nostro Ordine milanese, ebbene, pur in *lockdown* nella mia abitazione a Milano, ho potuto partecipare a un programma di cura domiciliare di pazienti COVID (un centinaio), dove uniti a criteri basati su concetti quali l'infiammazione prodotta e la termolabilità del virus, e altri, l'uso dei farmaci antitrombotici (eparine a basso peso molecolare, fondaparinux, e forse altrettanto altri antitrombotici come il defibrotide o il sulodexide) ci ha permesso di evitare *ab initio* l'evolversi della malattia virale verso così tante ospedalizzazioni e aggravamenti (dati in Belcaro G, Corsi M, Agus GB et Al. *Thrombo-prophylaxis prevents thrombotic events in home-managed COVID. Patients a registry study. Med Clin Res* 2020;5:1-5).

"La chiave del successo è evitare che i pazienti infetti arrivino in ospedale e dunque creare percorsi di cura alternativi", strategia che in generale non è stata sempre applicata. La mia esperienza dice: più medicina sul territorio, più umiltà nel curare. ✖

## Un ringraziamento al presidio di Villa Marelli

Contributo di Massimo Siffredi, Mariangela Sale, Daniela Rossato

Medici di medicina di gruppo

**S**iamo un gruppo di medici di medicina generale e le 6.000 battute non basterebbero a descrivere la nostra esperienza e il nostro stato d'animo di medici abbandonati sul territorio senza linee guida, senza DPI e trasformati in un *call center*.

Ci limitiamo a ringraziare un presidio territoriale che ci è stato di supporto nei mesi più difficili, il presidio territoriale di Villa Marelli che ha collaborato attivamente con noi garantendo, previo contatto telefonico, visite pneumologiche e radiografie del torace in tempi brevissimi. Un ringraziamento a tutto il personale medico e infermieristico che con il loro lavoro e disponibilità ci sono stati di grande aiuto.

## Di ritorno da un viaggio, un nuovo scenario

Contributo di **Elena Vitali**

MMG  
Milano

Chi mi conosce bene sa quanto ami viaggiare. Il 20 febbraio ero al termine di un viaggio che dalla Birmania mi ha portato in Qatar per qualche giorno.

Da una chat con amici colleghi e da Facebook apprendo che l'Italia sta iniziando il periodo più buio e preoccupante da che sono nata.

Insieme a mio marito iniziamo a ordinare su Amazon tutti i DPI necessari e reperibili, a prezzi da mercato nero, da maschere da sverniciatore a tute da imbianchini. Mi metto in contatto con segretaria e colleghi di associazione per iniziare a programmare la settimana dal 23 febbraio con cartelli esplicativi, nuove regole da impostare, modificare gli appuntamenti, selezionare i pazienti che realmente hanno bisogno di un esame obiettivo. In quella settimana iniziano i confronti con colleghi tramite strumenti impensabili e forse

abborriti fino a qualche anno fa. Si scrive e si legge sui social media dove si formano gruppi di medici, eterogenei per specialità, che mettono a disposizione notizie, conoscenze, menti eccelse che ragionano e cercano soluzioni! La soluzione non c'è!

A oggi [siamo a fine maggio ndr] dopo tre mesi, di cui due con ambulanze a tutto spiano, comunicazioni ufficiali della protezione civile con numeri da tregenda, ma comunque addomesticati e non veritieri, posso tirare le somme!

Siamo stati abbandonati da chi doveva dirigerci. È mancato un piano della protezione civile, su epidemia o attacco terroristico biologico, che avrebbe dovuto avere i DPI per sanitari e altre figure chiave, avrebbe dovuto sapere come trasformare gli ospedali con entrate separate per renderli luoghi più sicuri, sapere che i colleghi ospedalieri

non avrebbero dovuto essere rimandati in famiglia senza una diagnosi certa e nel frattempo tenerli in un dormitorio apposito, sapere che un familiare di possibile infetto esce per necessità, sapere che i pazienti sospetti dovrebbero essere isolati anche dalle loro famiglie in luoghi protetti e serviti per le necessità obbligatorie (che peraltro sono mancati nell'assistenza sociale promessa ai domicili), sapere che le squadre (USCA – Unità Speciali di Continuità Assistenziale) di Pronto intervento sul territorio dovevano essere approntate immediatamente (e non dopo 40 giorni dall'inizio) obbligando i medici di famiglia a domiciliari senza protezioni, che hanno maturato morti evitabili.

Cosa mi è rimasto?

Molta amarezza per il pressapochismo e l'incapacità dei governanti a tutti i livelli e il grande rispetto e orgoglio per tutti noi che abbiamo salvato il salvabile in condizioni di estrema difficoltà, disagio e precarietà.

Cosa mi auguro?

Che questa storia abbia insegnato a non ripetere gli errori fatti, ma Il Vico parlava di "corsi e ricorsi" nella storia e purtroppo... ❏

\* \* \* \* \*

## Tamponi positivi ma procedure non attivate

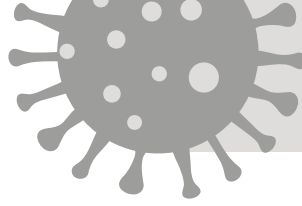
Contributo di **Cesare Benetti**

MMG in pensione  
Legnano

Durante il periodo critico ho dato supporto, telefonicamente, ad alcuni amici e conoscenti con sintomi sospetti: non è stato effettuato loro il tampone, anche se si erano rivolti al medico curante e uno di questi si era recato in ospedale dove gli hanno effettuato saturimetria ed RX torace, rimandandolo al domicilio.

Ciò che mi sconvolge è che quest'ultimo e la moglie, che aveva avuto sintomi attenuati, sono stati richiamati per effettuare il tampone circa 20 giorni fa [nel mese di maggio, ndr]: risultato lui negativo, lei positiva, ma l'autorità sanitaria non si è attivata perché venissero adottate le opportune misure, pertanto la suddetta persona potrebbe aver contagiato nel frattempo altri familiari o amici.

Qualcosa non funziona se, anche quando si fanno i tamponi e risultano positivi non viene attivata la procedura prevista. ❏



# Decenza

Contributo di **Giovanna Buffa**

Psichiatra – Centro Psico Sociale Cologno Monzese

La tangenziale che mi porta al CPS (Centro Psico Sociale) è deserta, un mare ghiacciato. Abituata a quasi 50 minuti di percorrenza questi 15 minuti mi danno il ritmo del momento che stiamo vivendo. **Aboliti i bisogni superflui e indotti, rimane l'essenziale e il senso del limite.** Arrivare al mio lavoro, in psichiatria, non richiede più la pazienza imposta dalla macchinosa sovrastruttura della globalizzazione che ci vede tutti in tangenziale per raggiungere la meta produttiva, ora penso al lavoro, e ci sono già. Penso al lavoro e faccio i conti con il confine segnato dal virus, il limite all'onnipotenza dell'uomo moderno che si ritrova impreparato e sopraffatto dalla natura. Il reale della natura ci ripropone lo sgomento di fronte alla solidità inflessibile dei processi biologici che governano la vita. Ne abbiamo avuti di avvisi, ma non ci abbiamo fatto caso, non ne vogliamo sapere nulla della morte, e quindi non ne vogliamo sapere nulla della vita, dell'imprevedibilità e dell'ostinazione dei fatti biologici. L'uomo è natura, è ormai trasformato dalla cultura, da ciò che del mondo ha fatto e di cui si è servito.

I miei pazienti testimoniano la fragilità degli uomini, sono uomini e donne sofferenti e ognuno di loro prende le misure con questo nuovo ritmo, per alcuni è salvifico per altri una dannazione. Inutile fare categorie, sebbene la psichiatria compia da anni questo sforzo, ogni soggetto è unico e irripetibile, ogni paziente è una storia diversa e per ognuno di loro siamo chiamati a fare una valutazione singolare. Dovrebbe bastarmi, mi dico, svolgere la mia parte in questa enormità che ci rimpicciolisce, fare il mio lavoro di presenza e di ascolto, di cura e di prescrizione, di valutazione e di correzione per ridurre l'impatto psichico di questo schiacciamento.

Dovrebbe bastarmi tenermi su questo limite, su questo confine dolente e muovermi con gli strumenti che ho acquisito negli anni ma non è così. Ho deciso e faccio domanda alla Regione Lombardia, cercano medici, pare qualsiasi medico, avranno bisogno anche di me. Io non so fare quel che fanno i miei colleghi nel girone infernale della COVID-19, ma ho una formazione farmacologica e, se mi insegneranno, imparerò. Compilo la mia domanda quando, a distanza di pochi giorni dalla prima visione delle modalità, il sistema è passato da un semplice invio della domanda e del curriculum via mail a una indagosa procedura che passa dal sito della Regione Lombardia. Mi sono decisa tardi, mi dico, ormai avranno ricevuto migliaia di richieste, sono fuori tempo massimo.

Ho immaginato per giorni, settimane, la condizione di lavoro dei miei colleghi nei reparti ospedalieri. Immergersi

nel trauma indicibile dell'emergenza sanitaria non è stato un deterrente, anzi, è stato un richiamo potente per molti, almeno per quelli che hanno potuto scegliere. Ormai lo sappiamo, lo abbiamo imparato, il trauma è scuotente e travolgente, è un punto di svolta drammatico nella vita delle persone, eppure esige la sua continua ripetizione perseverando nella sua azione di attrazione e repulsione. Esserci, essere lì, partecipare all'evento sebbene devastante, o proprio perché devastante, richiama l'essere umano e lo determina nelle sue scelte. Non sono certo la prima ad affermare che concentrare lo sguardo sull'orrore determina, di riflesso, una fascinazione, perché l'orrore richiama, lusinga, produce risonanza. Potrebbe non piacere, ma fare il mio mestiere vuol dire anche dire l'indicibile, guardare l'inguardabile.

O forse si tratta di prendere posizione, per semplice decenza, come dice Camus nel racconto della Peste. Potrebbe sembrare un dettato morale intransigente, implicito in una scelta professionale, ma prendere posizione è anche consapevolezza della compassione verso l'Altro senza recalcitrare di fronte alla finitezza che ci dà senso. È la decenza di stare al mondo perseguendo il proprio desiderio.

Questo penso, guidando verso il CPS, ora che di nuovo impiego 50 minuti.

Non mi hanno mai chiamata.

\* \* \* \* \*

## Esperienze in tempo di COVID

Contributo di **Paola Palumbo**

MMG  
Milano

**A**vevo saputo da poco della morte di Roberto Stella, medico di medicina generale e Presidente dell'Ordine di Varese, ero sotto shock, morto per COVID... avevamo lavorato insieme anni fa nella SNAMID, era una persona eccezionale... Ho cominciato ad avere paura: c'erano tanti pazienti giovani, intorno ai 50 anni, con febbre e tosse, li sentivo al telefono e qualcuno era venuto in studio. Ero confusa, un po' impaurita, molto stressata, dormivo





Roberto Stella, presidente dell'Ordine dei Medici di Varese, deceduto per COVID.

malissimo, non avevo mai usato i DPI a parte i guanti: cosa stava succedendo?

Ludovica [nome di fantasia, ndr] aveva la febbre alta da quattro giorni con tosse insistente, la sentivo al telefono due volte al giorno, aveva una voce gentile e impaurita, sembrava stupita del fatto che la volessi sentire così spesso. Non ricordavo molto di lei: ha 48 anni ed era venuta poche volte in studio. Era venerdì 13 marzo: non mi convinceva la sua voce così flebile, la tosse che non le dava tregua, la febbre alta, non aveva il saturimetro.

Le avevo proposto di chiamare il 112 ma lei non voleva, aveva paura. Non potevo lasciarla a casa, dovevo andare a visitarla. Sono uscita dallo studio con mascherina chirurgica (l'unica che avevo), guanti e borsa. Ero nervosa, un po' arrabbiata non so bene con chi, forse avevo paura: non potevo lasciarla a casa. Era una giornata luminosa e soleggiata, ma a me sembrava una giornata cupa. Arrivo a casa sua e trovo l'aria un po' stantia, nonostante la mia richiesta di arieggiare prima del mio arrivo: vedo Ludovica piccolissima, pallida e rannicchiata sotto le coperte; mi si stringe il cuore e subito parte dentro di me il senso di colpa per essere partita dallo studio arrabbiata. La visito: febbre 39,5 °C, saturimetria 97, è stato difficile auscultare il torace per la tosse continua, ma sentivo un'ipofonica diffusa ed era molto tachicardica. Se avessi chiamato il 112 non l'avrebbero portata in ospedale, stava troppo bene!! Sono sempre stata trasgressiva rispetto a regole che non dividevo e anche questa volta mi lascio guidare dal mio istinto: le comunico forse un po' bruscamente che vorrei andasse direttamente all'Ospedale Sacco ("il mio ospedale": mi sono laureata, ho lavorato per tanti

anni, è nato mio figlio, lo sento un po' casa mia), ma non per chiamata al 112, non la porterebbero mai via. Le propongo di andare con il marito in macchina, lui alla guida e lei dietro. Si lascia convincere quasi subito, scrivo una breve relazione sul suo stato e le raccomando di andare subito e di farmi sapere sull'eventuale ricovero.

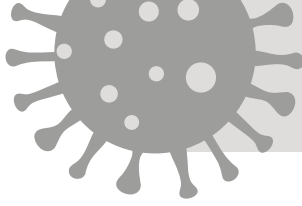
Esco per tornare verso lo studio e decido di allungare il tragitto: mi sento come un po' ubriaca, una strana euforia, respiro a pieni polmoni e la giornata mi sembra più luminosa di prima, mi sento quasi un eroe, allungo il passo e mi ricordo di togliermi i guanti che butto in un cestino, dovrei lavarmi le mani, ma dove? Roberto Stella le aveva lavate? È morto perché non le aveva lavate? E un brivido mi percorre tutto il corpo.

Ludovica è stata ricoverata, mi ha subito telefonato per avvisarmi, la voce era terrorizzata: polmonite interstiziale COVID-19 positiva in reparto di terapia subintensiva.

E Sergio [nome di fantasia, ndr]? Anche lui lo sento al telefono tutti i giorni due volte al giorno, ha 58 anni, febbre tosse, mal di testa, ma ha il saturimetro a domicilio, forse posso aspettare ancora ad andare a casa e sentirlo solo al telefono. Ci sentiamo sabato 14 marzo: febbre 38/39 °C tosse, ma saturimetria buona possiamo aspettare. Domenica mattina 15 marzo mi chiama dicendomi che nella notte mentre andava in bagno è caduto, si sente molto debole e la saturimetria è intorno a 90. Sicuramente questa notte ha desaturato. Decidiamo insieme di chiamare il 112, anzi lo chiamo io per essere più tranquillo. Questa volta non vado a casa a visitarlo: mi sento in colpa, so che dal punto di vista clinico non serve a nulla,

ma lui sarebbe stato più tranquillo. Roberto Stella sarebbe andato? Forse è morto perché ha visitato troppi pazienti? Dopo un'ora mi chiama il 112 da casa di Sergio per avvisarmi che non lo ricoverano perché secondo loro satura bene e si può aspettare. Rimango di sasso: ma com'è possibile? Ha la febbre da una settimana, tosse, cefalea, non mangia, è caduto di notte e vive solo e lo lasciano a casa? Non so cosa fare, andare a casa sua non serve a molto... lo chiamo e lui mi dice "Dottoressa mi hanno detto che sto abbastanza bene e non è il caso di andare in ospedale". Sono imbarazzata, è lui che mi rassicura dicendomi che forse si sente meglio... Ho avuto una notte agitatissima piena di incubi, con due o tre ambulanze che passavano a sirene spiegate. La mattina lo chiamo, mi risponde con un filo di voce, è caduto ancora e ha 40 di febbre, saturimetria 88. Richiamo immediatamente il 112, arrabbiatissima e minacciosa (per quel che serve...) chiedendo se le direttive regionali sono di aspettare che i pazienti siano terminali prima di ricoverarli: gridavo al telefono. Dopo mezz'ora mi hanno richiamato comunicandomi che lo stavano portando al Policlinico: Sergio è stato ricoverato tre settimane in rianimazione, due giorni intubato e 14 sotto il casco, si è salvato, ma che fatica....

Oggi 30 maggio mi sento come uscita da un incubo, come se non fossi stata io a vivere l'ansia e la solitudine di quei giorni: sola in studio, soli i pazienti a casa o in ospedale. Il sentimento più faticoso è stata proprio la solitudine, che già caratterizza il nostro lavoro, in particolare quello del medico di medicina generale. La solitudine in quei giorni era ossessiva, le decisioni prese da sola e senza alcuna certezza, spesso senza il paziente presente, senza protocolli che ti sorreggessero, senza direttive chiare e con scarsi dispositivi di sicurezza individuali. Chi mi ha tenuto spesso compagnia è stato il ricordo di Roberto Stella. ✘



# Se po' no brascià su tucc el paes

Contributo di **Francesca Zanzottera**

MMG  
Buscate

**R.**, me vuria brasciat su chela matina... la to miè l'eva mort de poc par un tumor, ti ta sera pasà in ambulatori par tirà su i tò risett, e de luntan mi t'avevi prumetu de vesig semper se ti te varia vù bisogn d'un quai coss. Senza pudess string i mann, insci impurtant parchè cun la pandemia se pò no. "Miss suris de Buscaa", insci A. m'avea ciamà un quai mes indrè par la mia abitudin a ricev i maràà senza fa pagura. Par fortuna se vedd anca d'i occ e la mascherina va a nascund dumà un tuchelin da la facia, anca se al dispiaas pudè no mett i man in su i spal de D. intant ca'l ghe disi che sarà no in da par lù cuntra el brut mal: farem il prima pusibil, el par ca ghe no metastasi e che dopu l'aspurtasiun sa pudarà ritornà a viv la vida de sempar.

A la basura sari su la porta, l'uselin cun la cua rusa va a durmì nel so nid in sul tecc. Mi turni a cà e vedi legurott, vulpett int'i strà voi. I carabinieri me fermen, vedù che sun na duturesa me lasen andà me pudesi vess un'eroina.

Me disedi la matina, rispundi al telefon, la sciura Z. me dumanda i medesin par lè e el so omm, se scusa e ringrasia par el laurà che nualter fasemm. P. la me ciama par savè me stu mi: un maraa che se dumanda me sta la so dutura me fa tant piasè. E A. cun la so presiun sempar volta la me dumanda si sta ben ancha el sciur Mauro, al me mari, ca le la se regorda de lù per la sua vus gentil. L. va vidù a cà: l'è nel so lett da un ann e in d'i ultim temp u minga pudù andà de lù a trual tut i setiman per fa no che sta situasiun pudè ess veicul de cuntag. Mi stu ben, u mai avu nient, ma nisugn po' di che mi g'abia minga denter un virus che el me sistema imunitari cumbat insci ben, ma par na persona vegia e debula pudaria ves la fin. Dumà parlà al telefon... ma incò l'è mej mett vuna man in su la pancia di L.

M. al va vidù propi in ambulatori: par chela cisti la va faj un quaj drenacc e zaffo. Gu de ringrasià i amis de la chirurgia che m'an spiegà ben e fo tanti rob in ambulatori senza mandà i marà al Pronto Soccorso. Riesi anca a fa la medicasiun a M. e ga tiri via i punt, l'eva burlà giò un quai di adrè.

## Non si può abbracciare tutto il paese

R., come avrei voluto abbracciarti quella mattina... tua moglie era morta da poco per un tumore, eri passato in ambulatorio per ritirare le tue ricette, e da lontano ti avevo promesso di esserci in caso di bisogno. Senza il contatto fisico, così importante, di cui la recente pandemia ci aveva privato.

"Miss Sorriso" di Buscate, così A. mi aveva soprannominato pochi mesi prima, per la mia attitudine ad accogliere i pazienti in serenità. Fortunatamente si vede anche dagli occhi, e la mascherina copre solo una parte del viso, sebbene pesi non poter mettere le mani sulle spalle di D. mentre gli assicuro che affronteremo insieme il tumore, faremo il prima possibile, sembra che non ci siano metastasi e che dopo possa ritornare ad una vita quasi normale.

La sera chiudo la porta a chiave mentre il codiroso sale al suo nido sul tetto, ritorno a casa incrociando leprotti e volpi per le strade deserte, una pattuglia mi ferma poi, scoperto che sono medico, mi lascia andare come fossi un'eroina.

Mi sveglio la mattina, rispondo al telefono. La signora Z. mi chiede i farmaci per lei e il marito e mi ringrazia per il lavoro che svolgiamo. P. invece mi chiama per sapere come sto. Un paziente che si assicura che il suo medico stia bene scalda il cuore. A., con la sua pressione sempre imbizzarrita si sincera che stia bene anche "il signor Mauro", mio marito che aveva fatto colpo su di lei con la sua voce gentile. L. va controllato a domicilio, purtroppo è da quasi un anno a letto e negli ultimi tempi non sono andata settimanalmente da lui per evitare di essere veicolo di contagio. Sto bene, mai avuto un sintomo, ma chi mi può assicurare che non mi porti dietro un virus che il mio sistema immunitario tiene egregiamente a bada ma per un anziano debilitato potrebbe essere la fine? Solo contatti telefonici, ma oggi meglio una mano sulla pancia, viste le sue condizioni è necessario. M. invece lo devo proprio vedere in



Nel stes temp me riva la mail de Alessandro ca me conferma de usà anca la digitale insem a ai medesin ca già tòj la sciura M. L'è un bel fiur cun d'ì bei culur nel mè giardin ca l' diventa salvavita par lè. Ga de vess tucc cunt al computer. Par adess. L'è no pusibil bee un caffè insem a par fa cunuscensa. Turni a cà la basura e me dumandi quand che mai pudarù fa i me tratament cuntra l' dular ca cun dispasè ò dovù lassà indree. In sta nocc Stefano, me amis e dutur cuma mi in d'istess ambulatori pruvidarà a disinfetà in tucc i part cunt' i bumbulett ca l' à ciapà. Cun la machina traversi i camp vert e intant ca vò cà, nà ghiandaia la ma saluda e pasa de sura de la machina, d'inta l' aria ghe un bon parfum d' i fiur de rubini. Me vegnen in ment i amis infurmadur d' i medisin che per un pu da temp pudarem no vidè e che pudaran no lasà campion nouv e vecc per i nos marà. L' armadi l' è propi tristement voi. E nanca pudarem ciapà 'l caffè da N! Al starà ben ammò l' E., cunt a i so cur de chemio? Cun lu se vedevum al bar e in sti dì l' è sarà su.

La matina drè gu la cumpagnia de vuna d' infermier del grup curAMI, al sa lavura begn insem a e l' è bel culaburà in stu mument difcil. Par fortuna cun l' aut des amis che san de chimica e persunal sanitari sem riusì ad avè i ugià, le tute, i mascherin, i quant e i scarpett abastansa per curà a cà sua d' i person marà che avevan ciapà prubabilment stu COVID, l' è stà verament impurtant riesi a mandà no a l' uspidal tucc sti pasient: chi l' eva sta là e l' è turnà à dì che restà senza i so car l' è sta teribil, anca se l' eva necesari par la sicuresa de tucc. Al ma ciama l' Andrea, infermier ca l' va in d' in cà di Marà ca dis de sta tranquila per i piag de C., ch' in drè a saras su e mi gu no d' andà a videl.

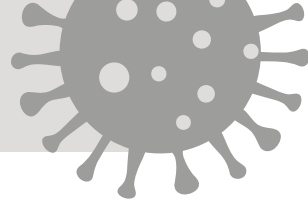
Poc di a drè mi e R. em parlà de cuma l' è impurtant el me cumpurtament cun tant afett. Anca a S. mancarà asè. La m' aveva invidà a ciapà un caffè a cà sua, la g' à voja de cumpagnia, ma l' e no el mument de turnà a truala. N. la m' à invidà a mangià insem a ma l' u minga pudù e le la m' à preparà el disnaa in una schisceta. L. la m' à purtà i magioster de busc e F. nà butilia de vin, el fiurista d' i cumpusisiun per ringrasiam. Se ritruarem a fistigià la manera de truas cunt i mè marà che apena pusibil mi vori brasà su à la "Francesca" cun cerus e piasè de ves stada riceuda inscì ben in stu paesin gemò tri an fa. Anca stasira pasi el disinfetant e sari su l' ambulatori. Saludi i amis de la Croce Azzurra e disum insem a quatar stupidà de sota del purticà.

ambulatorio, quella cisti va drenata e dobbiamo rimettere lo zaffo, ringrazio gli amici della chirurgia che mi hanno insegnato bene e posso evitare di sovraccaricare i Pronto Soccorso. Faccio la medicazione a M. dopo aver tolto i punti, mentre intanto ricevo la mail di Alessandro che mi conferma di aggiungere la Digitale alla terapia della signora M. Un bel fiore che sta colorando il mio giardino si trasforma in un salvavita per lei. Tutto telematico per ora. Non abbiamo neanche la possibilità di prenderci un caffè insieme per fare conoscenza.

Torno di nuovo a casa la sera chiedendomi quando potrò riprendere le mie terapie antalgiche private, che a malincuore ho dovuto interrompere. Stasera poi Stefano, caro amico e collega, si occuperà di sanificare gli ambienti. Mi saluta una ghiandaia mentre attraverso il verde dei campi che costeggiano la strada, accompagnata dal profumo dei fiori delle robinie e dal vento tiepido nei capelli. Penso agli informatori con cui abbiamo fatto amicizia, che non potremo vedere ancora per un po' e non ci potranno lasciare campioni: l' armadietto dei farmaci è tristemente vuoto... E non prenderemo il caffè al bar di N. ancora chiuso. Chissà come va la chemio di E., era così bello parlare di cultura insieme seduti al bancone!

La mattina successiva ho la compagnia di una delle infermiere del gruppo CurAMI con cui abbiamo stretto una collaborazione lavorativa, un grande aiuto per noi in particolare in questo momento critico. Fortunatamente con l' aiuto di amici chimici e operatori sanitari siamo riusciti a recuperare DPI a sufficienza per fare cure a domicilio a persone probabilmente affette da COVID, è stato importante riuscire a non ospedalizzare la maggior parte dei pazienti. Chi dall' ospedale è tornato ha sofferto molto la mancanza del supporto familiare, purtroppo una regola di prevenzione, nessuno aveva piacere ad applicarla. Una telefonata di Andrea, infermiere a domicilio, mi tranquillizza sui decubiti di C., stanno migliorando, non devo andare a vederlo.

Chissà quando potremo riabbracciarci, R.! Pochi giorni fa ci siamo dette quanto ci manca il mio fare affettuoso, Anche a S. mancherà molto. Non vede l' ora di potermi offrire un caffè a casa, ha voglia di compagnia ma non è ancora il momento di tornare a trovarla. N. mi ha invitato a pranzo ma ho dovuto rifiutare e il pranzo è arrivato da me in una "schiscetta". L. mi ha portato fragoline di bosco e F. una bottiglia di vino, il fiorista delle composizioni di ringraziamento. Festeggerò il rapporto fantastico con i miei pazienti, che appena possibile riceveranno un abbraccio "alla Francesca": con tanto affetto e piacere di essere stata accolta ormai tre anni fa in quel piccolo paese così ospitale. Ancora chiudo l' ambulatorio, saluto gli amici della Croce Azzurra, quattro risate sotto il porticato Torneremo a mangiare insieme l' amatriciana cucinata da D. con la pasta fatta a mano da A., mentre M.



Vun dì, sperem visin, mangiarem ammò insem a l'amatriciana de D. cun la pasta preparada in cà da A. intant che M. surid d'inta la so divisa narans, P. fa l'stupidel e C. rid cu la so vus putenta.

Se po' no brascià su tucc el paes in parol stringà. L'è 'n dispiase de pudes no si stess e duer minga tucà su. I nostar emusion podan no esternas in manera spuntanea. Anca i nostar mort em minga pudù saludai e staga 'nsema me avariem vursu. Ma un dì per forza ciaparem indrè i nostar abitudin u ne inventarem d'i oltar noeuf, me sarà pusibil. Guardum el duman cun la speransa, par che el duman ca l'vegnarà ga de vess certament migliur.

Me vuria scusà ca l'me dialett l'e un po bastard ma la me mama l'è de Milan, al me pà l'è 'n firatin, e mi ò laurà un po' de temp chi e alter temp de là. Speri de vess trasmitù ben i sensasiun de la vida in Buscaa cunt i mè amis e pasient en sta pandemia. ❏

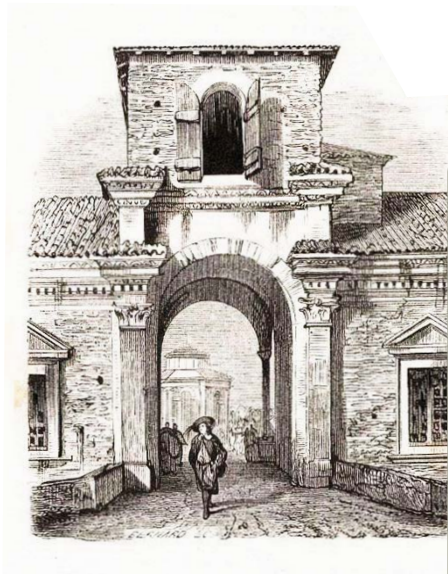
sorride nella sua divisa arancione, P. fa il marpione e C. ride con la sua vociona allegra con F.

Come si fa ad abbracciare un intero paese in 6.000 caratteri? La cosa peggiore che ci ha tolto questa pandemia è stato il contatto, le emozioni che trasmette, che per adesso rimangono coartate o devono essere trasmesse con veicoli innaturali, forzati.

Abbiamo dovuto salutare da lontano anche i nostri morti, ma torneremo alle nostre abitudini o ci evolveremo, come abbiamo sempre fatto. Il futuro è possibilità, guardiamolo con fiducia, sembra uno scherzo di cattivo gusto, invece è un'arma potente: ci permette di vivere il presente, con tutti gli ostacoli e la fatica, con lo sguardo verso l'alto, verso un domani migliore.

Vorrei scusarmi per il mio dialetto un po' bastardo ma la mia mamma è di Milano e mio padre no e io ho lavorato un po' di tempo qui e un po' di tempo là. Spero di aver trasmesso bene le sensazioni della vita a Buscate con i miei amici e pazienti durante questa pandemia. ❏

\* \* \* \* \*



### Milano si ferma

Serrati, per sospetto e per terrore, tutti gli usci di strada, salvo quelli che fossero spalancati per esser le case disabitate, o invase; altri inchiodati e sigillati, per esser nelle case morta o ammalata gente di peste; altri segnati d'una croce fatta col carbone, per indizio ai monatti, che c'eran de' morti da portar via: il tutto più alla ventura che altro, secondo che si fosse trovato piuttosto qua che là un qualche commissario della Sanità o altro impiegato, che avesse voluto eseguir gli ordini, o fare un'angheria. [...]

Cessato per tutto ogni rumor di botteghe, ogni strepito di carrozze, ogni grido di venditori, ogni chiacchierio di passeggiere, era ben raro che quel silenzio di morte fosse rotto da altro che da rumor di carri funebri, da lamenti di poveri, da rammarichìo d'infermi, da urlì di frenetici, da grida di monatti. All'alba, a mezzogiorno, a sera, una campana del duomo dava il segno di recitar certe preci assegnate dall'arcivescovo: a quel tocco rispondevan le campane dell'altre chiese; e allora avreste veduto persone affacciarsi alle finestre, a pregare in comune; avreste sentito un bisbiglio di voci e di gemiti, che spirava una tristezza mista pure di qualche conforto.

[Alessandro Manzoni, *I Promessi Sposi*, cap XXXIV]



# Dopo COVID, attenzione al *burnout*

Superata la fase acuta dell'emergenza COVID-19 potrebbero essere gli operatori sanitari ad aver bisogno di aiuto

“**IL NOSTRO** ospedale è altamente contaminato e siamo ben oltre il punto di non ritorno: 300 letti su 900 sono occupati da pazienti COVID-19. Il 70% dei letti di terapia intensiva nel nostro ospedale è riservato a pazienti affetti da COVID-19 in condizioni critiche che hanno ragionevoli possibilità di sopravvivere. La situazione qui è triste in quanto operiamo ben al di sotto del nostro normale standard di assistenza. I tempi di attesa per un letto di terapia intensiva sono lunghi ore. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono da soli senza adeguate cure palliative, mentre la famiglia viene informata telefonicamente, spesso da un medico ben intenzionato, esausto ed emotivamente impoverito senza alcun contatto precedente”. La lettera di un gruppo di medici dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo pubblicata sul *New England Journal of Medicine Catalyst*<sup>1</sup> è diventata una delle rappresentazioni più drammatiche della sofferenza delle strutture sanitarie del Nord Italia impegnate a fare fronte alla pandemia da SARS-CoV-2. Ma anche della sofferenza dei medici. “Esausti ed emotivamente impoveriti”, scrivevano gli specialisti bergamaschi. Aggettivi, di certo, non scelti a caso. Sono infatti alcuni di quelli che ritornano nella descrizione del *burnout*, la sindrome tipica delle *helping profession* (cioè di quelle professioni che hanno come finalità l’aiutare), che nelle definizioni classiche è caratterizzata da tre dimensioni: l’esaurimento emozionale (vale a dire la perdita delle risorse personali ed emotive); la depersonalizzazione (cioè l’adozione di una serie di comportamenti negativi dell’operatore nei confronti dei pazienti); la riduzione delle capacità personali (ossia lo sviluppo di una sensazione di inadeguatezza professionale con caduta dell’autostima).

### UN BURNOUT ALL'ENNESIMA POTENZA

Queste dimensioni classiche sono state enormemente amplificate con l'esplosione della pandemia da virus SARS-CoV-2.

“Il *burnout* a cui eravamo abituati era spesso il risultato di un lento logorio e di aspetti di fatica e criticità presenti da lungo tempo”, spiega Valentina Di Mattei, psicologa del Servizio di Psicologia Clinica e della Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano e professore associato all'Università Vita-Salute San Raffaele. “Rispetto a esso, gli operatori sanitari che sono stati coinvolti nella gestione dell'emergenza COVID-19 sono stati, per un verso, travolti in pochissimo tempo da molteplici fattori potenzialmente stressanti, dall'altra è alquanto probabile che abbiano fatto esperienza di nuove situazioni fonti di stress sul piano lavorativo, personale e legati al proprio ruolo. In particolare, tra i fattori di tipo lavorativo si possono annoverare un carico di lavoro particolarmente pesante, pericoli ambientali, istruzioni poco chiare, pratiche di controllo dell'infezione ambigue, mancanza di *feedback* e di riconoscimento del lavoro svolto, biasimo per gli errori. Per quel che concerne i fattori di tipo personale, l'interferenza con la vita familiare, l'isolamento, la paura di essere contagiati o contagiare i propri cari. Infine, per quanto riguarda i fattori legati al proprio ruolo, vanno citati una pianificazione del lavoro incerta, l'alto rischio di errore, il contatto ravvicinato e frequente con la morte e con emozioni negative, il sentirsi discriminati in quanto 'ad alto rischio di contagio', l'essere all'altezza delle aspettative”, dice ancora Di Mattei. “A questi temi, come ulteriore fonte di stress, si aggiunge anche l'essere talvolta oggetto di stigmatizzazione: non sono infatti mancate notizie di cronaca che hanno visto gli operatori sanitari divenire vittime di discriminazioni e oggetto di aggressioni verbali e minacce in quanto visti come possibili 'untori'”.

### COME UN TERREMOTO

È ancora presto per comprendere il reale impatto della pandemia sul benessere psicologico degli operatori sanitari. I primi dati fanno però pensare che il fenomeno sia molto diffuso. Una ricerca condotta all'inizio

dell'epidemia in Cina su circa 1.200 operatori sanitari afferenti a 34 strutture in cui venivano trattati pazienti COVID ha rilevato che il 50,4% di essi riportava sintomi di depressione, il 44,6% di ansia, il 34% di insonnia, il 71,5% di *distress*. Selezionando soltanto gli operatori impegnati in prima linea, però, le percentuali salivano: chi era direttamente impegnato nella cura dei pazienti COVID mostrava una probabilità più alta del 53% di presentare sintomi di depressione, del 57% di ansia, del 97% di insonnia e del 60% di *distress*.

Inoltre, avvertivano gli autori della ricerca, pubblicata su *Jama Network Open*,<sup>2</sup> “con il peggioramento della situazione, i sintomi di salute mentale degli operatori sanitari potrebbero diventare più gravi. Pertanto, le implicazioni psicologiche a lungo termine di questa popolazione meritano ulteriori approfondimenti.”<sup>2</sup> Risultati analoghi ha registrato uno studio italiano sempre pubblicato su *Jama Network Open*<sup>3</sup> e realizzato a fine marzo. La metà dei 1.300 operatori che hanno risposto a un questionario *online* riportava sintomi post traumatici da stress, il 24,7% sintomi depressivi; il 19,8% ansia; l'8,2% insonnia e il 21,9% sottolineava elevati livelli di stress percepito. Le categorie risultate più a rischio erano, per quanto riguarda il sesso, le donne e, per quel che concerne la posizione professionale, i medici di famiglia. Naturalmente è risultato più a rischio di sofferenza psichica chi era stato toccato più da vicino dalle conseguenze drammatiche di COVID-19: in particolare chi aveva perso un collega o aveva avuto un collega positivo e ricoverato o in quarantena.

Ci sono inoltre altri due aspetti che al momento sono poco considerati ma che potrebbero avere conseguenze nell'immediato futuro: “Alcuni studi si stanno focalizzando anche sul personale sanitario che durante l'epidemia era operativo nei reparti non-COVID”, spiega ancora Di Mattei. “Questi operatori sono stati sottoposti a uno stress diverso, caratterizzato da un rischio minore, ma anche da un senso di esclusione dalla battaglia. Anche questo potrebbe produrre degli esiti che saranno da monitorare. Da non dimenticare, poi, una grossa fetta di personale, soprattutto infermieristico, che durante

l'emergenza ha avuto mansioni più gratificanti di quelle ordinarie e ora è chiamato a tornare ai propri compiti ordinari. Personale che spesso si è speso con grande



È importante monitorare la salute mentale degli operatori sanitari anche nella fase post epidemia, per non tralasciare la possibile persistenza di effetti psicologici a lungo termine

generosità e a cui sarà difficile restituire qualcosa di adeguato in termini di riconoscimento aziendale”.

## RISPOSTE POSSIBILI

L'impatto psicologico dell'esperienza COVID-19 è stato dunque notevole, soprattutto fra coloro che hanno lavorato in prima linea. E potrebbe non essere ancora emerso del tutto. “A livello globale, si stima che la crisi innescata dal virus potrebbe raddoppiare la morbilità psichiatrica tra gli operatori sanitari. Ordinariamente si attesta intorno al 25%; similmente, il distress psicologico riguarderebbe non più il 40% ma oltre il 65%. Di conseguenza, pare evidente la necessità di promuovere interventi di prevenzione sistematizzati e a lungo respiro, in modo da garantire il benessere e la salute mentale dei sanitari sia durante l'emergenza che nella fase post epidemia”, afferma Di Mattei.

Sin dalla fase iniziale dell'emergenza sanitaria, diversi Paesi colpiti da COVID-19 hanno ideato in breve tempo progetti di intervento psicologico, volti a contenere l'inevitabile impatto che questa situazione avrebbe determinato sulla salute mentale degli operatori sanitari. “Si tratta di interventi che condividono alcune caratteristiche comuni: sono generalmente promossi dalle strutture ospedaliere coinvolte, dagli ordini professionali e spesso anche da professionisti volontari (fra cui psicologi, psicoterapeuti e psichiatri), disponibili a fornire supporto tramite colloqui individuali oppure creando dei gruppi di sostegno; generalmente vengono svolti in remoto, usufruendo di supporti tecnologici di vario tipo, quali *chat*, videochiamate, piattaforme *online*, linee telefoniche di emergenza”, illustra la psicologa. “Alcuni ospedali hanno anche organizzato delle camere di decompressione emotiva, vicine ai reparti più caldi. All'interno generalmente c'era la possibilità di interfacciarsi con un professionista della salute mentale o di effettuare pratiche di rilassamento. Questo dispositivo è stato molto apprezzato dal personale e si è rivelato particolarmente efficace”.

## NON AVER PAURA DI CHIEDERE AIUTO

C'è tuttavia una nota stonata. Sebbene molte strutture abbiano fornito una risposta allo stress degli operatori, in molti ospedali il personale ha richiesto poco il supporto psicologico e psichiatrico, lasciando semi-vuoti gli sportelli offerti. “In ambiente medico, infatti, c'è ancora poco la cultura del farsi aiutare;

mentre COVID-19, così come precedenti esperienze d'emergenza, ci ha sicuramente insegnato che tutti ne possiamo giovare in situazioni di forte stress”, dice Di Mattei. “Come misura dei propri livelli di stress bisogna sempre tenere conto della propria normalità di funzionamento. Tutti noi sappiamo cosa per noi è 'normale' (per esempio quanto siamo aggressivi, irritabili, concentrati, capaci di 'staccare', di riposare, eccetera): teniamo questo in mente come *standard* dei nostri comportamenti e reazioni emotive. Se vediamo che ci stiamo discostando in modo marcato dalla nostra norma (per esempio siamo più reattivi, più aggressivi, dormiamo poco, il pensiero è dominato da aspetti lavorativi) può valer la pena di dedicare un'attenzione specifica e magari specialistica a questi aspetti”.

Come reagire e a chi indirizzare, dunque, questi programmi di intervento, qualora il virus dovesse fare ritorno? “Diversi studi hanno messo in luce come sia opportuno innanzitutto procedere con la diffusione a tutto il personale di materiale informativo che possa in primo luogo promuovere l'esistenza di un servizio di supporto al personale a cui potersi rivolgere. Importante, però, è prestare attenzione ai canali con cui si veicolano le informazioni. In questa emergenza per esempio si è visto che il personale dei reparti COVID non leggeva le *mail* durante l'emergenza, rendendo così vane le comunicazioni attraverso questo canale. Esistono poi piattaforme *online* in cui compilare dei questionari di misurazione dei livelli di stress che permettono di individuare in tempo reale soggetti potenzialmente a rischio. Molti siti offrono inoltre supporto attraverso pratiche di meditazione o tecniche di rilassamento a mediazione corporea. E, infine, è importante monitorare la salute mentale degli operatori sanitari anche nella fase post epidemia, per non tralasciare la possibile persistenza di effetti psicologici a lungo termine”. ■

Valentina Di Mattei, psicologa del Servizio di Psicologia Clinica e della Salute dell'Ospedale San Raffaele di Milano e professore associato all'Università Vita-Salute San Raffaele.

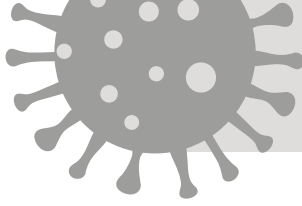


## Bibliografia

<sup>1</sup> Nacoti M, et al. *NEJM Catalyst* 2020.

<sup>2</sup> Lai J, et al. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.

<sup>3</sup> Rossi R, et al. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e 2010185.



# Uno psichiatra incontra il coronavirus<sup>1</sup>

Contributo di **Pietro Roberto Goisis**

Psichiatra e psicoanalista, libero professionista



**N**on sapevo cosa sarebbe successo. Consapevole della situazione, attento alle norme comportamentali, vivevo in una sorta di convinzione onnipotente che non sarei stato contagiato, che avrei dovuto proteggere gli altri e dare il buon esempio.

Lunedì 2 marzo i primi sintomi: brividi, stanchezza, dolori muscolari, inappetenza, febbrecola. Chiamo il numero regionale. Mi rassicurano. Mercoledì il mio medico di base: "Prenda la tachipirina". La febbre scende. La febbre sale. Venerdì a letto, stanco, stordito, inerte. Lunedì 9 marzo RX torace e diagnosi. Felice come un bimbo di avere una polmonite, perché batterica. Qualcosa non funziona più nel mondo. Antibiotici. Devo avvisare i miei pazienti. Ricevo risposte affettuose e calde. Martedì sera la svolta. Attivato il 112. Arriva un simpatico ed energico lettighiere, bardato come nei film sulle guerre batteriologiche. Parliamo di volontariato attraversando una Milano già deserta. Dai piccoli finestrini gioco a indovinare il percorso. Mi faccio portare dall'onda degli eventi, ineluttabili più che mai. Pronto Soccorso del Fatebenefratelli per un tampone, si spera.

Sono in codice verde. Attenderò. Mi indicano dove sedermi, a distanza, in attesa. Realizzo dove sono finito. Il Pronto Soccorso è *un no man's land*. Da casa mi chiedono com'è la situazione. "Qui ci sono tre cadaveri, una matta, uno di colore, un cinese" rispondo. "Se ci mettiamo anche uno psichiatra sembra l'inizio di una barzelletta..." ribattono. Siamo in

trincea, in allarme. Passano le ore, senza bere, senza mangiare, senza un tempo, senza una fine. Attendo. Dopo sei ore chiedo quale sia il mio posto in classifica. Dopo sette, annuncio che sto per andarmene. "Tocca quasi a lei!". Mi fermo. Altra svolta. Il medico è giovane, ma sembra sapere il fatto suo. "Dottore, mi ascolti, sono un collega, è giorni che cerco di farmi fare un tampone". Acconsente subito, mi sento capito. Al contempo mi guarda serio: "Voglio vedere l'ossigenazione del suo sangue. In un'ora sapremo tutto". La mezzanotte è vicina, ma vedo un punto d'arrivo. Ho voglia di chiacchierare con questo giovane medico. Mi piace.

L'esecuzione del tampone è dolorosa e invasiva. L'avessi saputo prima non avrei insistito tanto per farlo. Respiro sempre peggio. Il dottore mi richiama. "Lei ha un'insufficienza respiratoria grave, devo ricoverarla". Perdo consapevolezza, sono stanco, è l'una di notte, ho paura. Chiedo il permesso di andare a dormire a casa e ricoverarmi il giorno dopo. Firmo. Mi autodimetto. Una follia.

Mercoledì mattina, è l'11 marzo ormai, il mio angelo custode domestico richiama il 112. In meno di un'ora l'ambulanza è sotto casa. Codice giallo, sirene spiegate, di nuovo in Pronto Soccorso. Dopo un'ora mi stanno già visitando. Mi attaccano alla bombola di ossigeno. Ricoverato in Medicina d'urgenza, in attesa dell'esito del tampone. Camera doppia, uso singolo. Ho il primo duro incontro con l'isolamento e le norme di protezione. Un'infermiera, più spaventata di me, mi avvisa.

"Qui rimarrà poco. Se positivo sarà trasferito, se negativo anche. Ogni sua cosa sarà buttata via e bruciata". sento una parola terribile riferita a chi entra nella mia stanza: "Sono sporca" dice un'altra infermiera. Intende che non è più sterile. Mi fa male. Sono sporco anch'io.

Giovedì mattina arriva un'altra dottoressa. "È positivo, la trasferiamo al Sacco". POSITIVO. In genere è un concetto che mi piace. Questa volta meno. Il 12 marzo 2020 sono diventato un numero nelle statistiche e nei bollettini. Siamo in tanti, preoccupiamo medici ed epidemiologi.

Una nuova ambulanza, in compagnia di un altro "positivo". A sirene spiegate, unica colonna sonora nelle settimane di *lockdown*. Il reparto di Medicina 2 è stato appena riconvertito per accogliere i COVID-19. Quando si apre la porta del reparto vedo un nugolo di infermieri e medici schierati in fondo al corridoio. Si muovono bardati e guardinghi. Sembrano farsi forza l'un l'altro. Arrivano due medici. Mi fanno la prima ecografia polmonare. Risuonano tra di loro sigle e termini per me incomprensibili. Decifro queste parole: "Ha i polmoni completamente bagnati. Dobbiamo aiutarla ad asciugarli. Abbiamo visto che funziona bene l'applicazione di un casco, con ossigeno forzato, per molte ore al giorno". Per la seconda volta decido di qualificarmi come medico. Mi somministrano dei farmaci. Sono rassicurato dall'essere in ospedale. Mi affido totalmente. Verrò a sapere molti giorni dopo il contenuto della prima telefonata a

<sup>1</sup> Pubblicato in una versione più ampia su il venerdì di Repubblica - 1 maggio 2020 - n. 1676



casa: "Signora, lei lo sa che suo marito è in una situazione molto grave?". Fortunatamente ne ero ignaro.

Chiunque entri nella stanza – sempre in coppia, per un compito e un lavoro terribili, rischiosi, a contatto continuo con la morte e la paura – è in tenuta antivirale. È impossibile capire quale identità abbia. Pure i pazienti indossano una mascherina. È un incontro perturbante tra uomini e donne mascherati. Sono disorientato. Provo ad arrangiarmi. Cerco di fissare l'attenzione sui loro occhi, ma non basta. Allora mi sposto sui dettagli. Molte dottoresse portano gli occhiali. Osservo e registro la marca

sulle stanghette. Un giovane medico nasconde nella cuffia un codino. Anche un altro.

Arriva il casco. Il suo nome mi diventerà familiare. CPAP. È un aggeggio di plastica trasparente, una specie di pallone dentro il quale si mette la testa. Un'altra delle mie salvezze. Ore e ore dentro, poco tollerabile con la febbre, molto rumoroso.

Mi avevano detto che tra gli effetti collaterali delle terapie ci potevano essere episodi deliranti, fenomeni allucinatori, stati confusionali. La febbre e la paura hanno contribuito, ne sono certo. La fase centrale della malattia è durata cinque giorni, un corpo a corpo intenso e

appassionato con Mister Corona. Le notti, i momenti peggiori, tra incubi e pensieri che si avvitavano come trapani. Una volta ho visto mia figlia seduta su una seggiola in fondo al mio letto. Mi guardava con amore. Ero critico rispetto alla sua non presenza, ma mi faceva piacere vederla lì, me la sono tenuta cara. Un'altra mi sono immaginato in montagna durante un'ascensione estrema e letale.

Venerdì notte appare un foglio davanti al casco: vogliono somministrarmi endovena una terapia sperimentale. Avrei accettato anche la pranoterapia in quel momento.

Per me niente visite, solo la

\* \* \* \* \*

## Ippocrate qualcosa ci ha insegnato

Contributo di **Giuseppe Tadini**

Pneumologo, libero professionista  
Milano


**M**i chiamo Giuseppe Tadini, ho 70 anni, sono pneumologo, la mia carriera è iniziata presso la divisione medica Vergani di Niguarda con il prof. Mantero. Sino a qualche anno or sono sono stato anche medico di base, ma principalmente ho sempre praticato la libera professione e ricoverato i miei pazienti presso la Casa di cura San Camillo e la Madonnina di Milano. Già dal mese di gennaio avevo notato un aumento di patologie polmonari a lenta risoluzione in pazienti, inviati anche da colleghi, che in alcuni casi dovetti ricoverare. Per mia convinzione personale nei malati allettati, e soprattutto nelle forme polmonari, avevo sempre usato, oltre alla terapia antibiotica, le eparine a basso peso molecolare. Voglio sottolineare che tutti i pazienti guarirono.

Da marzo, quando in Lombardia scoppiò il finimondo, dovetti occuparmi di molte persone che erano rimaste con poco o nulla assistenza al proprio domicilio. Attrezzandomi al meglio per proteggermi (sierologico da me eseguito successivamente IgG e IgM negative) ho dovuto seguire a domicilio un discreto numero di pazienti. Confrontandomi con amici anestesisti del Policlinico, colleghi del San Raffaele e del Manzoni di Lecco, prescrivendo e facendo in modo di aiutare i pazienti nel trovare i farmaci e l'ossigeno, con mia grande soddisfazione non ebbi alcun esito negativo nei malati da me

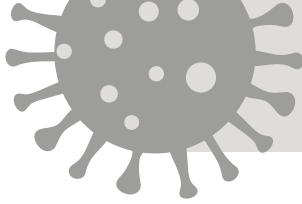
trattati e successivamente confermati positivi a COVID-19. In quei giorni, il mio più grande impegno è stato quello di far seguire ai parenti le norme per evitare il contagio, e poi il periodo di isolamento a familiari e pazienti.

Attualmente i pazienti da me curati hanno eseguito privatamente test sierologico e tampone. Ovviamente sono stato facilitato dalle condizioni socioeconomiche delle persone da me trattate, ma sono convinto che un rapido intervento all'insorgere dei primi sintomi (febbre, tossicola, rinite, perdita dell'olfatto) possa ridurre significativamente gli accessi in ospedale.

Io ho trattato i miei pazienti e ho avuto un buon risultato, sicuro delle loro condizioni generali e con un costante controllo della saturazione e del ritmo, con: cloroquina 200 mg 2 volte al dì, azitromicina 500 mg, 1 compressa per 6 giorni, ossigeno ad alte dosi (5-6 l/min), enoxaparina sodica, 8.000 U sottocute. Ho letto gli ultimi lavori sull'uso della cloroquina, ma in quei momenti era l'unico farmaco che potevo usare a domicilio. Nella mia esperienza l'aumento delle transaminasi è costantemente regresso.

È stato abbastanza stressante e ho voglia di fare un po' di vacanza ma sono felice, perché da molto tempo non mi sentivo utile. Ippocrate qualcosa ci aveva insegnato. Grazie 





solitudine e la possibilità di ricevere biancheria di ricambio una volta al giorno. Fortunatamente ero fornito di *devices* e, soprattutto, di tanta buona musica. Un bel rimedio lenitivo. Oltre alla *mindfulness*. Cercare di sentirmi presente in ogni momento, accettare quello che stavo vivendo è servito per ogni prelievo venoso o arterioso. “Lascia che gli aghi entrino in te” mi ripeteva. Ne hanno toppati due o tre. Bravi loro, e anch’io.

Presto ho saputo che lontano dall’ospedale, ma vicino al mio cuore, una moltitudine di persone ha vissuto preoccupazioni, timori, speranze, gioie e sollievo. Li ho immaginati come un affollato coro greco. E poi, i curanti. Sono stato curato con competenza e attenzione, direi con affetto, e ho sviluppato un incontrollabile trasporto amoroso verso ogni figura sanitaria che mi si avvicinava. Ho avuto l’impressione di un affetto reciproco. Che dire di quella dottoressa che all’ennesima misurazione della giornata, prende in mano il termometro, lo guarda, esulta e mi lancia un *give me five*. E quella che disegna nell’aria un cuoricino dopo una saturazione soddisfacente? “Stiamo imparando a curarvi insieme a voi” dice un giorno un’altra.

Quando si capisce che stai guarendo? Mercoledì 18 marzo, durante il turno serale, due infermiere si avvicinano al mio letto. “Abbiamo bisogno di aiuto, non ce la facciamo più. La paura per i nostri familiari la gestiamo, come quella di tutti i giorni. Il problema è quando andiamo a letto. Crolliamo come sassi. Poi ci svegliamo, ci appare il vostro sguardo dentro i caschi e non riusciamo più a dormire”. Sono felice, vuol dire che posso dare aiuto e non più riceverlo. “Ok. Potete prendere della melatonina, oppure dei blandi ansiolitici, qualche goccia. Per i pensieri e le immagini, pensate a quei grandi pulsanti rotondi rossi d’emergenza che staccano la corrente. Immaginatene uno ancor più grande che spegne i vostri pensieri quando si attorcigliano”. Due giorni

dopo si affacciano alla porta. “Presi la melatonina, dormiamo! E il pulsante rosso funziona benissimo!!”.

Giovedì 19 marzo, festa del papà. I parametri sono ok, senza casco, ancora ossigeno, normale decorso. I medici del mattino sono ottimisti. Nel pomeriggio sento mia figlia al telefono. Siamo felici. Finita la telefonata scoppio a piangere a singhiozzi, come un bambino. È la prima volta da giorni e giorni. Prima ero congelato dentro emozioni quasi

impossibili da maneggiare. Mi sento sollevato. Un altro passo verso la guarigione.

L’ultimo pezzo di strada sarà lungo e lento, i passi segnati da una vera e propria camminata, anzi due. La prima avviene in reparto. Una dottoressa mi porta in corridoio, non ci ero mai stato in dodici giorni. Sul muro di fondo c’è un grande poster con un arcobaleno. Lo raggiungo emozionato e torno dal mio giudice. La saturazione è rimasta uguale. “Lo rifaccia, più

\* \* \* \* \*

## L’esperienza in hospice

Contributo di **Francesco Croce** e **Massimo Pizzuto**

UO Cure Palliative e Terapia del Dolore  
ASST Nord Milano

**A**i primi di marzo, mentre i reparti dell’ospedale Bassini di Cinisello Balsamo si riempiono di malati COVID in arrivo da Milano, dai comuni dell’*hinterland* nord e anche da fuori provincia, ci troviamo a osservare dalla cima dell’ultimo piano, sede del nostro hospice, l’onda che travolge inesorabilmente tutti i piani sottostanti dell’ospedale: il Pronto Soccorso saturo di pazienti in insufficienza respiratoria, il frenetico e continuo ricalcolo di materiali e spazi ospedalieri per accoglierli e curarli, i lunghi corridoi improvvisamente vuoti di voci e parenti, il razionamento “bellico” dei dispositivi di protezione individuale (DPI), l’ansia crescente che tutto non sia mai abbastanza.



Noi palliativisti, che di mestiere gestiamo il fine vita dei malati affetti da mali incurabili, ci chiediamo a quel punto come poter essere utili a supporto dei colleghi di reparto alle prese con innumerevoli malati non

responsivi alle terapie massimali di supporto ventilatorio e non candidabili alle terapie intensive. Come lenire i sintomi di quelle dispnee terminali e, contemporaneamente, lasciare spazio nei reparti a chi preme alle porte del Pronto Soccorso? Proseguire con le consulenze di cure palliative nei reparti o aprire il nostro hospice ai malati COVID? Decisione sofferta, con molte ragioni dei pro e dei contro, ma alla fine virata verso la seconda opzione. Questo il racconto di quanto avviene in seguito.

veloce!". Questa è la domanda per la lode. Cammino rapido e sorridente. La saturazione è stabile. Il giorno dopo sarò dimesso. Scrivo il terzo e ultimo messaggio ai miei pazienti. "Guarigione...".

La mattina passa tra preparativi e saluti. Durante l'ultimo prelievo arterioso chiedo alla giovane specializzanda: "Mi dà le percentuali dei meriti per la mia guarigione tra le vostre competenze, le cure applicate e... il culo?". "30-30-30"

risponde prima ancora di pensare. Ho l'impressione che si sia tenuta stretta sulla terza componente. Il 10% è per me? Vorrei abbracciarla, glielo dico, non si può. "Però stringerci le due mani sì", dice lei. Lo facciamo con il piacere e l'intensità consentiti. "Non so come ringraziarvi". "Siamo noi a ringraziare lei". Nascondiamo due lacrime. Mio figlio mi aspetta a piano terra.

Seconda camminata. Corridoio, altra direzione. Le mie cose sono pesanti,

forse troppo. Salgo in macchina sul sedile posteriore. Non so neppure io cosa provo. Ma c'è una foto appena salito in auto che mi mostra vincente. Gioia. Certamente. Ne avrei volentieri fatto a meno.

Il 23 marzo 2020 sono stato dimesso. Guarito. Sono salvo, mi sono salvato, mi hanno salvato, a differenza di 3.776 deceduti in Regione. Numero che crescerà in maniera spropositata in seguito. Fino a diventare una tragedia. ❏

Si esegue un rapido *training* del personale sanitario e si allestisce velocemente il reparto per accogliere i malati COVID: raddoppio dei letti e dei presidi per l'ossigenoterapia nelle stanze, cambio di utilizzo degli spazi tradizionali dell'hospice (per esempio tisaneria, biblioteca, sala riunione e bagno assistito), trasformati in luoghi per la vestizione e svestizione dei dispositivi di protezione individuale, per il deposito del materiale, per il *debriefing* degli operatori coinvolti in lunghi e faticosi turni.

In poco tempo, veniamo subissati dalle richieste di ricovero in hospice di malati fragilissimi COVID positivi nei loro ultimi giorni o, in alcuni casi, ore di vita. Le richieste arrivano presto non solo dal nostro ospedale, ma anche da reparti di altri importanti ospedali milanesi, venuti a conoscenza per passaparola della possibilità di ammettere malati COVID terminali nel nostro hospice, da questo punto di vista una delle poche eccezioni in città e, scopriremo più tardi, anche nel panorama regionale e nazionale. Purtroppo non è sempre possibile accettare le richieste, perché i letti non sembrano bastare mai: arriveremo a contare a marzo un numero quadruplo di malati ricoverati nel nostro hospice rispetto a quelli del mese precedente.

In contemporanea, chi dell'*équipe* si occupa dell'assistenza domiciliare dei malati terminali concentra i propri sforzi per monitorare i pazienti già in cura a casa, inclusi quelli affetti da COVID: grazie a visite, telefonate e supporto psicologico si può così permettere ai malati di rimanere con i propri familiari in un momento così delicato, evitando il terribile isolamento che tutti i reparti, hospice compreso, devono mantenere attorno ai malati ricoverati per contenere il contagio in atto. A questo proposito, vogliamo ricordare il lavoro quotidiano fatto

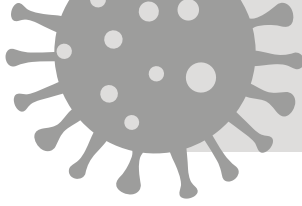
in hospice dalle colleghe psicologhe nelle stanze dei malati durante le videochiamate con i parenti, unico surrogato a disposizione per mantenere i contatti intrafamiliari.

Tutto ciò è stato possibile per la straordinaria dedizione, in reparto e sul territorio, del personale della nostra unità operativa e dei colleghi arrivati a nostro supporto da altri servizi dell'ASST. Nessuno tra operatori sociosanitari, psicologi, infermieri e medici, così come anche tra gli operatori delle pulizie, si è tirato indietro di fronte al compito richiesto, anche a rischio della propria incolumità: qualcuno alla fine si è anche ammalato, seppure fortunatamente in forma non clinicamente grave. Volontà, tenacia, ingegno, dedizione, organizzazione, condivisione, dialogo e supporto vicendevole, sono state costanti evidenti di questo periodo, speriamo irripetibile, che hanno contribuito a cementare il lavoro di un gruppo formidabile.

Non è una storia a lieto fine, dicevamo. Una sola persona è stata dimessa ancora in vita dal nostro hospice durante quel mese.

Ma se nel giuramento professionale si recita: "... di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale" e "... non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato", riteniamo di avervi pienamente e orgogliosamente risposto durante la fase più drammatica dell'epidemia di COVID appena conclusa.

Si ringrazia tutta l'*équipe* di Cure Palliative e Terapia del Dolore diretta dal dottor Franco Rizzi. ❏



# Il rispetto della persona nonostante tutto

Contributo di **Stefania Acerno**

Specialista in neurochirurgia  
Ospedale San Raffaele Milano



**N**ell'improvviso dramma della pandemia COVID-19 anche nel mio ospedale, mentre aumentavano i pazienti di medicina, i reparti di chirurgia sono stati per necessità depotenziati. Senza sale operatorie (trasformate in posti di terapia intensiva) e con gli ambulatori obbligatoriamente chiusi, dopo una settimana spesa inutilmente fra atti burocratici e lettura maniacale di ogni articolo scientifico disponibile sul coronavirus, sentendomi insopportabilmente inoperosa e frustrata ho deciso di dare la mia disponibilità alla direzione sanitaria per essere ricollocata ove ci fosse davvero bisogno. E mi sono ritrovata, con molti altri volontari specialisti e specializzandi, a lavorare in uno dei neonati reparti di Medicina COVID sotto la supervisione di colleghi internisti e infettivologi. Al "nostro" sono stati assegnati un ortopedico, un otorino, un urologo, un neurochirurgo. A curare le polmoniti! Si sarebbe potuto sorriderne, come in una barzelletta, non fossero state tragiche le vicende dei pazienti.

E così anche noi abbiamo curato distress respiratori, trombosi polmonari e complicanze associate. E ci siamo riusciti; avendo dovuto ristudiare molto e grazie alla costante guida dagli esperti. Si è sviluppato un bellissimo clima di mutuo sostegno e benefica collaborazione che mi ha ancor di più convinta dell'ovvio: è più efficace e gratificante mettere i pazienti al centro delle nostre attenzioni, invece di farli girare come trottole, rimbalzandoli da una visita specialistica all'altra.

Il primo impatto con il reparto COVID è stato l'iniziativo rituale della rigorosa vestizione; da chirurgo pensavo di esserci abituata, ma indossare in sequenza: guanto-1, tutone idrorepellente, guanto-2, filtrante facciale FFP2 con sopra mascherina chirurgica, visiera, calzari è stato impegnativo anche per me.

Le sensazioni che il corpo invia al tuo cervello sono spiacevoli: caldo, sudore, irritabilità, affanno. Durante il turno hai sete, tanta, ma ti sforzi di non bere e, per quanto possibile, ti proibisci di andare in bagno per evitare di svestirti e rivestirti (anche per non sprecare presidi preziosi e tristemente indisponibili per i colleghi sul territorio o in altri contesti sanitari).

Ho pensato all'ironico contrappasso che fa entrare in sintonia il tuo disagio fisico con quello dei pazienti che dovrai contribuire a curare; loro sono tutti febbricitanti, sudati, gravemente dispnoici, confusi, angosciati e spaventati.

E spaventata lo sono stata anch'io. Ho più volte pensato in quel primo giorno, e per la verità anche in tutti gli altri, a quanto fosse potenzialmente facile contaminarsi in una stanza di pazienti in ventilazione meccanica a pressione positiva continua (cPAP) che aerosolizzano miriadi di virioni ammorbando l'aria che anche tu devi respirare.

Ho provato angoscia. La prima sera con l'accurata svestizione/doccia/disinfezione in spogliatoio e poi al rientro a casa; posseduta dall'umano terrore di contagiare i miei affetti

più stretti ho mandato in scena il festival della compulsione all'alcol isopropilico e dell'ipoclorito di sodio per decontaminare ossessivamente tutto il possibile; e la prima notte di autoesilio fuori casa, perché non sono riuscita a convivere in pace con l'idea di far sopportare ai miei cari il peso delle mie scelte, ho pianto. A diretto.

Certo non sono mai stata votata al martirio. Men che meno all'eroismo; anzi mi sono irritata ogni volta che ci hanno definito eroi. Eppure, come molti altri colleghi, ho sentito fortissimo e ineludibile il richiamo al senso del dovere; ho dovuto far prevalere "l'ottimismo della volontà al pessimismo della ragione". La cruda realtà del primo mese di questa esperienza non ha lesinato motivi per essere tragicamente pessimisti. Ma la volontà, tutta laica e medica, di fare il bene per il bene è stata un movente poderoso che ci ha premiati con tante guarigioni e ci ha confortati, almeno un poco, anche quando abbiamo perso, nonostante gli sforzi di tutti, pazienti.

E così sono trascorsi i primi giorni. Tra pazienti giovanissimi trasferiti di corsa in terapia intensiva e che poi purtroppo non ce l'hanno fatta, e ottuagenari che hanno vinto la loro personalissima scommessa con il virus, sopravvivendogli. Tra gli allarmi dei monitor, le TC torace e le emogasanalisi da paura, il frastuono dell'ossigeno ad alti flussi e il silenzio assordante che segue i decessi in solitudine. Tra le molte parole rimaste soffocate nelle mascherine



## L'importanza del lavoro di squadra

Contributo anonimo

Nefrologa

e le lacrime ingoiate durante gli straziati colloqui telefonici con i familiari dei pazienti più gravi (quando oltre dar loro pessime notizie si è anche dovuto profondersi in scuse per negargli il permesso di venire a dare l'ultimo saluto ai loro cari).

E poi altri giorni sono passati. Tra qualche benefica risata con colleghi, infermieri e fisioterapisti, mangiucchiando, a fine turno, un pezzetto di cioccolato dell'uovo di Pasqua o chiosando: "ma il Corriere della Sera che *impact factor* ha?", per commentare l'attitudine un po' cialtrona di alcuni nel prendere per verità scientifiche le controverse notizie pubblicate dai media. Tra gli sguardi, dei pazienti e nostri, diventati eloquentissimi; le carezze, le pacche di incoraggiamento sulle spalle, le strette di mano guantate, ma ugualmente calde e rassicuranti.

Sto ancora rielaborando quest'esperienza umana, ancor prima che professionale, terribile e straordinaria; certamente fra le più significative della mia vita. Dovessi condensarla in un'unica immagine, questa avrebbe l'aspetto del signor G. di 67 anni dimesso gloriosamente a casa dopo sei settimane di tregende; salutandoci, fra le lacrime di tutti, mi ha detto che la miglior cosa che abbiamo fatto per lui è di averlo sempre fatto sentire una persona, anche quando il suo corpo martoriato sembrava negarlo.

Vorrei tanto che questo potesse restare il senso del nostro fare medicina. ✘

Lavoro come nefrologa in un reparto ospedaliero di un'area fortemente colpita dalla pandemia, che è poi diventato ospedale COVID. Dal caso indice di Codogno è passata poco meno di una settimana per vederci direttamente coinvolti; un paziente lungodegente diabetico con arteriopatia periferica sottoposto periodicamente all'emodialisi ha iniziato con febbre e tosse, tampone positivo per poi morire nel giro di cinque giorni. La nostra sala di emodialisi è un *open space*. Ci siamo resi conto, all'arrivo del tampone, che dopo l'emodialisi del paziente positivo erano state effettuate altre due sedute dialitiche.

Da quel momento e per tutta la durata dell'emergenza pandemica i nostri sforzi sono stati volti non solo all'assistenza, ma a una riorganizzazione dell'operatività che limitasse il più possibile il rischio di contagio. Abbiamo riorganizzato i locali (delimitando aree COVID e non COVID) e i turni di dialisi (20 pazienti al giorno, spesso accompagnati da pazienti o assistenti). Spesso è stato difficile gestire l'autocertificazione per i familiari.

Nel tempo altri pazienti hanno manifestato febbre, tosse. Il bilancio finale è stato che dei circa 80 assistiti, più o meno un quarto dei pazienti si è ammalato e cinque sono deceduti rapidamente. Nessuno è finito in terapia intensiva, al massimo hanno richiesto cPAP od ossigeno.

Mi ha colpito il fatto che ho osservato un paziente tampone negativo con sintomi chiaramente COVID e anche un quadro radiologico tipico. Abbiamo imparato a fidarci più dei sintomi che del tampone e, dopo aver pensato all'inizio a COVID in presenza di sintomi respiratori, abbiamo poi imparato a sospettarlo in tutti i pazienti con diarrea e forti dolori muscolari. Non ci sono mai mancati i dispositivi di protezione (DPI); si sono infettati quattro operatori sanitari senza gravi conseguenze. Il nostro *staff* è abituato e formato, data la tipologia di assistenza svolta, a lavorare seguendo rigide norme di prevenzione delle infezioni, compreso l'uso dei DPI e questo è stato un vantaggio. La nostra storia riflette in modo abbastanza fedele la situazione nelle unità di dialisi come riportato anche dalla Società Italiana di nefrologia, SIN (vedi quotidiano [Sanità](#) del 18 maggio).

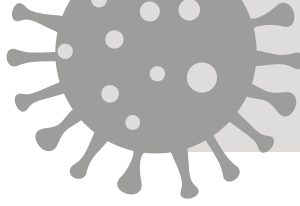
Abbiamo imparato a fare un gioco di squadra a cui non eravamo abituati, dopo un momento di crisi che ricorderò per sempre a inizio marzo, ciascuno ha imparato a prodigarsi, ad assumersi le sue responsabilità in autonomia. Alcune immagini non le scorderò mai. Per esempio il momento in cui i

morti venivano portati in sala mortuaria e noi stessi spesso non sapevamo dare notizie ai parenti dove fossero, ricorderò per sempre il suono dei cellulari dei deceduti che squillavano nella sala mortuaria senza che noi si potesse rispondere.

Il nostro problema è che con i nostri pazienti cronici abbiamo vissuto un pezzo di vita, con loro e con le loro famiglie. Perderli è più pesante. ✘



# Un fiume di emozioni



Contributo di **Roberta Raselli**

Chirurgo senologo  
Piacenza

Il silenzio... all'improvviso.  
I corridoi dell'ospedale vuoti.  
I malati immobili nei letti.  
Sentire la mancanza del parente che ti insegue e ti inonda delle stesse domande. Il volto dei colleghi nascosto dietro mascherina e visiera: irricognoscibile. Riscoprire l'importanza del timbro del tono della voce, dello sguardo, per comunicare.  
Le notti in piedi a leggere i valori di ossigeno nel sangue, aumentare la somministrazione dell'ossigeno, attaccarsi al telefono e mendicare un letto in rianimazione, non sapere più cosa fare.

La paura.  
Il senso di impotenza.  
Il suono continuo delle sirene delle ambulanze, il rumore dell'ossigeno nei caschi.  
La calma dei pazienti silenziosi, la loro rassegnazione.  
L'agitazione dei dispnoici.  
Lavorare con doppio camice, doppia mascherina, visiera.  
Constatere e dichiarare la morte in continuazione.  
Telefonare a casa dei pazienti: raccontare, spiegare, mettere una mano virtuale sulla spalla: "Sua madre è appena deceduta".  
Leggere articoli su articoli per imparare, capire, conoscere.  
Le riunioni con i colleghi su piattaforme *online*.  
Il bollettino quotidiano: il numero dei contagi, dei ricoveri, dei morti.  
E tornare a casa: le strade vuote, il centro della città deserto, i negozi i bar i ristoranti chiusi.  
Nella mente immagini di film apocalittici diventati realtà.

E finalmente riaprire, riavvicinarsi alla quotidianità.  
Ritornare lentamente alla normalità.  
Sperare che il dramma, inimmaginabile solo alcuni mesi prima, ci renderà più empatici con i pazienti, più solidali tra colleghi.  
Cercare nei discorsi, negli atteggiamenti, nell'organizzazione un segno positivo, la conferma di aver appreso e capito che si può essere migliori, che si può lavorare e collaborare in maniera più efficace.  
E scoprire tristemente che il mondo "a gambe all'aria" non ci ha cambiato affatto.  
E ritrovare tutto come prima.  
Occasione persa...

Palazzo Farnese a Piacenza.

PH PAOLO MONTI, [COMMONS.WIKIMEDIA](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Palazzo_Farnese_Piacenza.jpg)



## Tra orgoglio e paura

Contributo anonimo

Chirurgo toracico

**I**l "giorno del virus" me lo ricordo benissimo. Penso che ognuno di noi rammenti bene il senso di indefinito di quel periodo iniziale. Avevo appena finito di operare un paziente, erano forse le 19.30. Lessi la notizia sul cellulare: isolato il primo paziente con il coronavirus a Codogno. Ne parlai con i miei colleghi, ognuno basito, a suo modo, dalla notizia. Presi la mia borsa di corsa e mi avviai fuori dall'ospedale. Quando rientrai a casa mia moglie mi aprì con la faccia incuriosita e dietro di lei vidi gli occhi pungenti di mio figlio, anche lui aveva sentito qualche strana notizia in TV. Iniziai a tranquillizzarli, "tanto è una influenza", dissi, giusto per dire qualcosa. Il TG iniziò a descrivere tutte le possibili ipotesi, e mio figlio lo guardò, un po' incuriosito, un po' più concentrato del solito. "Non ti preoccupare, tanto finirà presto, è come un'influenza" gli dissi nuovamente, mentre gli accarezzavo i capelli.

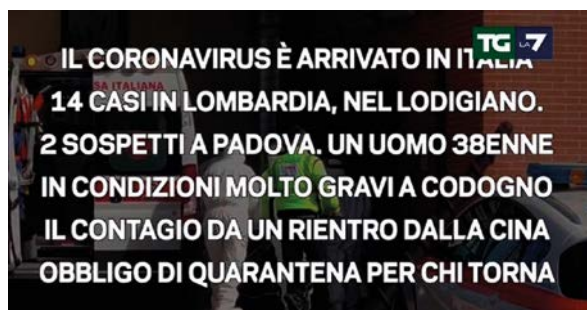
Dopo tre giorni ricevetti la chiamata del mio primario: ero stato inserito in una *task force* per definire le linee guida interne per individuare i pazienti COVID. All'inizio non capii nemmeno io cosa avrei dovuto fare. Iniziarono riunioni fiume, interminabili, dove si parlava troppo politichese per uno abituato a tagliare e cucire. Alla fine, in una settimana, riuscimmo a costruire un reparto dal nulla per ricoverare i pazienti positivi, e questo mi rendeva fiero. Tornavo a casa e mio figlio, guardandomi con i suoi occhioni color nocciola, mi chiedeva

come fosse la situazione in Italia. "Non preoccuparti", gli ripetevo "migliorerà. Lo sai che abbiamo aperto un reparto per bloccare i pazienti col virus? Il tuo papà ha dato una mano per farlo!". E lui: "quindi curerai i pazienti col virus?". "No, tranquillo, devo solo coordinare questa cosa". Ma dentro di me tremavo all'idea che le cose potessero cambiare.

E cambiarono. Mia cognata, chirurga anche lei, era stata obbligata a lavorare "sul fronte" in uno dei paesi più colpiti del lodigiano. Nel nostro ospedale questo non succederà, mi dicevo, siamo un ospedale oncologico, dobbiamo continuare a operare i pazienti col cancro. Eppure la chiamata arrivò anche per me. Il nuovo reparto non aveva abbastanza medici per coprire i turni. Il primario di anestesia, con cui avevo lavorato tante ore in quelle riunioni, me lo chiese come favore, e io, anche se impaurito, dissi di sì a patto di poter ritornare dopo due settimane a operare. Chiamai mia moglie per dirglielo, e lei mi chiese perché proprio io, visto che nessun altro chirurgo del mio ospedale era stato considerato per lavorare in quel reparto. "Lo sai, non posso tirarmi indietro, sono l'unico chirurgo che ha aiutato per organizzare quel reparto, cosa potevo dire?". E dentro di me implodevo, e mille domande iniziavano a venire in superficie. Sulla strada di casa avvertii anche mia madre, medico anche lei, coinvolta in Puglia nella *task force* per prevenire il contagio. Sentii la preoccupazione nelle sue parole, ma io la tranquillizzai. Perché mai le cose dovrebbero andare male?

Feci le scale col fiatone. Queste mascherine perennemente obbligatorie iniziavano a darmi fastidio. Aprii la porta e incontrai il viso arrabbiato di mia moglie, quasi

come se fosse stata colpa mia. E mio figlio mi scrutava, ci guardava discutere, e non diceva niente. Lo guardai (credo di essere stato calmissimo quel giorno davanti a lui) mentre il mio cuore andava veloce. Ricordo di essere dovuto andare in camera per calmarmi, perché avevo paura che sarebbe ripartita l'aritmia di cui ogni tanto soffro. Passai la cena a tranquillizzarli, mentre il TG iniziava a dare le notizie peggiori di quel periodo. Era la fine di marzo, e in Italia iniziava il "picco".

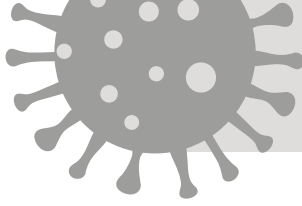


Il primo giorno nel reparto COVID arrivai con un'ora di anticipo, giusto per capire bene come funzionasse. Pochi ricoverati, pensai, immagina cosa succede negli altri ospedali. Ma la sensazione di ansia c'era comunque. Ricordo che guardavo quei pazienti da lontano e pregavo dentro di me di non dover iniziare le procedure di vestizione in caso di urgenza. Perché sapevo che molti colleghi in altri ospedali si erano infettati sbagliando queste procedure, e alcuni erano morti. Finii il turno e, dopo essermi fatto la doccia in reparto, mi avviai verso casa. Come se una doccia fosse bastata a togliermi di dosso la paura. Paura di infettarmi e di contagiare i miei cari. Paura di dover affrontare un ricovero, di essere intubato, di vivere ore lunghissime e buie in terapia intensiva, di non poter comunicare con mia moglie e mio figlio. Oppure la paura di dover portare loro due in ospedale e di non avere più notizie, di

non vedere più mio figlio o mia moglie. Pensieri indicibili, impossibili. Mio figlio aprì la porta di casa. Mi scrutò da dietro la porta, quasi impaurito, e mi fece entrare. "Papà, vai a lavarti le mani!". Io gli sorrisi, sorpreso per la frase decisa, ma lui continuò a guardarmi intensamente senza parlare. Avrei voluto baciarlo, o dargli la solita carezza sui suoi capelli lisci, ma purtroppo questa volta non potevo. Mi lavai le mani, con più insistenza del solito, e cenammo insieme, lontano da entrambi "almeno un metro". Sul

divano lui si sedette accanto a me, ma più distante del solito, e giocammo insieme a FIFA. Ancora adesso non so quanto avrei voluto, allora e nei giorni seguenti, abbracciarlo e baciarlo per festeggiare la vittoria con lui, ma non potevo. Ci salutammo, mi guardò come se anche lui avesse voluto darmi il solito abbraccio della buona notte, e andai a dormire nel suo letto, mentre lui prese il mio posto nel lettone con mia moglie. Cercai di prendere sonno, mentre ascoltavo loro due parlare e ridere. E io mi sentivo solo, pensando alle notti e ai turni che avrei ancora dovuto fare.

Lavorai lì per due settimane, dieci interminabili notti di guardia in 15 giorni, ogni giorno col pensiero di tornare "pulito" dai miei cari e di rivedere gli occhi di mio figlio, che ora sono più belli che mai. Da pochi giorni la speranza e la fiducia nel futuro sono rientrate anche nei suoi pensieri. Non sai, piccolo mio, che sono stati i tuoi occhi a farmi superare quei momenti di paura, di sconforto, di impotenza, di rabbia. È stata l'idea di voler fare la cosa giusta che mi ha permesso di non abbassare lo sguardo di fronte al tuo viso. E ora di nuovo, quando rientro a casa, finalmente ti guardo e sorrido, e anche tu mi sorridi, mentre mi abbracci, e con la mano ti sfioro i capelli. ✖



# L'esperienza di una piccola clinica di Codogno

Contributo di **Michele Bandirali**

Radiologo

Libero professionista

**I**l mio racconto comincia venerdì 21 febbraio di quella che ora sembra una vita fa, quando stavo svolgendo la mia *routine* lavorativa facendo le cose che (credevo) avrei fatto per sempre. La Cina, Wuhan e il coronavirus erano lontani.

Nelle prime ore del mattino, mentre facevo le ecografie, ho appreso tra un messaggio *whatsapp* e l'altro che a Codogno un ragazzo era stato trovato positivo al coronavirus.

Non dimenticherò quel giorno, come non ho dimenticato cosa stavo facendo l'11 settembre 2001.

Quando la sera sono tornato a casa ho capito che le cose non sarebbero state più le stesse: Codogno, un piccolo gioiellino della provincia lombarda, era diventato improvvisamente una città blindata, la zona rossa. Un luogo di paura e di morte, a soli 20 km da casa mia. La Cina, Wuhan e il coronavirus improvvisamente erano entrati in casa. Con violenza.

Il resto è cronaca, con il vortice di eventi e di notizie che per due

settimane abbiamo vissuto con ansia e paura, concretizzatesi nelle camionette dell'esercito che presidiavano i confini di Codogno e di 11 paeselli limitrofi, luoghi che per noi cremaschi, lodigiani, piacentini e cremonesi sono luoghi assolutamente "nostri", in cui risiedono amici, parenti e conoscenti, luoghi in cui fino al giorno prima eravamo abituati a transitare, o magari ad andare a mangiare semplicemente "un boccone" la sera in uno dei tanti ottimi ristoranti.

Ho 36 anni e mi occupo di ecografie, referto lastre, risonanze magnetiche e TC in cliniche private e convenzionate. Sono un medico di provincia, non sono certo in prima linea nei grandi ospedali milanesi, ma da lì provengo. Ho studiato a Milano e per tanti anni ho lavorato al Policlinico San Donato. Lavoro anche a Codogno, da un anno a questa parte, non in ospedale ma in un piccolo centro radiologico.

Naturalmente non appena "è esplosa la bomba" la clinica di Codogno è stata immediatamente chiusa, come tutte le attività. La quarantena è durata due settimane ed è terminata soltanto pochi giorni prima che il governo estendesse le restrizioni alla Lombardia prima e all'Italia poi. Terminata la quarantena, la clinica ha potuto riaprire i battenti. Per farla breve prima dell'arrivo del coronavirus facevamo circa una trentina di risonanze magnetiche al giorno (ginocchio, schiena, eccetera) e praticamente poco o nulla le lastre del torace. Quelle venivano gestite nel locale ospedale.

Dalla riapertura, invece, con l'ospedale ancora chiuso, abbiamo avuto circa 30-40 pazienti al giorno che necessitavano di una lastra del torace.

L'ospedale di Codogno era chiuso, le informazioni quantomai confuse e spesso contraddittorie circolavano malamente tra i medici, abbandonati di fatto al loro solo coraggio. Presso il nostro centro pazienti asintomatici o paucisintomatici, spesso spaventati dalla possibilità di aver contratto il virus perché entrati in contatto con persone risultate positive al tampone, hanno deciso di "fare una lastra". Vi lascio immaginare le condizioni: visite telefoniche, informazioni raccogliette, insomma il panico. Uno scenario davvero di guerra, a cui nessuno di noi avrebbe mai potuto pensare solo fino a qualche giorno prima.

Le immagini che io e i miei colleghi abbiamo visto ci hanno sconcertato. I toraci erano davvero brutti, mentre i pazienti clinicamente non avevano granché. Eppure queste povere persone avevano con obbedienza e responsabilità subito una quarantena stretta, simile a quella capitata a bordo della nave da crociera *Diamond Princess*. E come mai adesso che la quarantena è finita queste persone hanno esami così brutti pur stando bene?

Mi sono immediatamente dato da fare per cercare di rispondere a questa domanda. Mi sono confrontato con il personale e colleghi del centro radiologico e con alcuni medici di base della zona rossa, che dalla prima linea mi hanno dato un quadro più chiaro circa la situazione. Poi ho avvisato la Regione, per avere indicazioni su come procedere. In ultimo, ho presentato il caso ai miei amici e colleghi medici universitari di Milano, per cercare di concretizzare secondo le regole della ricerca e della comunità scientifica internazionale i nostri dati.





Abbiamo studiato la letteratura ufficiale, unico vero baluardo tra i tanti numeri che spesso vengono dati con troppa leggerezza in modo particolare in questo momento di profonda crisi. Abbiamo concordato su un punto fondamentale: tanti abitanti di Codogno e della zona rossa erano stati già in contatto col virus, e praticamente non se ne erano accorti!

Il nostro semplice lavoro è stato in tempi molto rapidi pubblicato su *Radiology*, la rivista di riferimento mondiale per la nostra specialità. Il messaggio è molto semplice: con una banale lastra è possibile riconoscere i segni che questo nemico lascia sui polmoni dei pazienti, anche tra gli asintomatici.

I dati di mortalità che leggiamo spesso sui giornali sono altissimi. Tuttavia molte persone che non fanno il tampone hanno comunque contratto il virus, in forma lieve, e rimangono sommerse. Pertanto la mortalità probabilmente è molto più bassa. Un paziente morto, anche solo UNO, è una sconfitta, un evento da evitare a tutti i costi. Tutti noi in queste settimane abbiamo avuto persone care che hanno lottato, che hanno sofferto e che purtroppo sono mancate. Questo virus è terribile e ci ha investiti come uno tsunami. Tuttavia, grazie all'esperienza di Codogno possiamo dire con forza che molto probabilmente moltissimi di noi il virus lo hanno già superato o lo stanno combattendo, oppure lo faranno. E lo sconfiggeranno.

Ritengo la nostra esperienza importante, non perché sia la cura o il vaccino per il virus: noi queste cose non le abbiamo certo scovate nelle radiografie dei toraci di Codogno. La ricerca non deve fermarsi e deve continuare ad avere le risorse per potersi sostenere.

Il nostro risultato, al di là dei risvolti tecnici è soprattutto un messaggio di speranza, una voce concreta di ottimismo. ✱



## Incertezza e timore risuonano nel silenzio

Contributo di **Elena Maria Faioni**

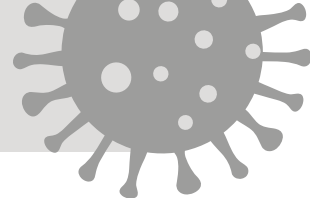
Ematologo

ASST Santi Paolo e Carlo, Milano e Università degli Studi di Milano

**S**oprattutto il silenzio. Non solo nelle strade, in tangenziale, nei parcheggi deserti, ma proprio dentro l'ospedale. Il suo atrio desolato, i corridoi senza persone che vagano spaesate con in mano fogli, in cerca di ambulatori e reparti. Gli ascensori fermi, nessuno che pigia nervosamente i tasti in salita e in discesa, e impreca. Al bar si accede in pochi, lontani dal banco, nessuna consumazione all'interno. Non c'è rumore di fondo, regna una quiete magica. Ma non è il silenzio della pace, quello della notte, delle pause fra le note, ricco di aspettative e promesse. È un silenzio greve, maligno, respira malamente nei reparti chiusi, nel sudore sfinito del personale, aleggia sui pazienti chiusi nelle loro bolle, che faticano a fare la cosa più naturale del mondo, e poi non la fanno più. Fuori la primavera promette calore e luce, dentro, fra questi muri insolitamente lustrati, è il buio dell'assenza e del futuro incerto, del tempo che non scorre.

Ma qui, c'è la coda: è domenica, e sono venuti a decine. Faticiamo a tenerli distanti, possiamo farli entrare solo pochi per volta. Aspettano anche due ore, tenaci, sereni. Sono venuti a donare il sangue, anche per chi forse non ne avrà bisogno. Fatico a trattenere le lacrime per questa generosità che non servirà, ma che deve essere lasciata fluire come un'acqua che non può arrestarsi. In sala gli infermieri, di solito così ciarlieri, tacciono e lavorano. Cosa pensano? Al turno che dovranno fare fra gli infetti, a quello che porteranno a casa, dai loro cari, nascosto nei vestiti o in un bacio? Smaltiamo la folla nella mattinata, lavorando senza sosta. Improvvisiamo una foto di gruppo, cercando di stare insieme ma lontani. Una donatrice ci dice che abbiamo gli occhi dolci. Sacche di sangue si accumulano, oro rosso, che nessuna ricerca è riuscita a ricreare.

Torneranno altri tempi. Riprenderemo le nostre preoccupazioni quotidiane, la *routine*, in compagnia del nostro ospite non invitato. Cambieranno le abitudini, saremo tutti un po' più distanti, si faranno i conti, si sputerà la rabbia per sostituirla al dolore e alla paura. Il ricordo del silenzio, però, non passerà. E tornerà nelle notti a popolare l'incubo: una terra che abbiamo ferito, che continuerà senza di noi. Il terrore di rimanere in pochi, di non avere più nulla, di tornare ad essere inermi e nudi e affamati e infreddoliti. È questo l'incubo? O forse è che ripeteremo tutto, come se nulla fosse stato, calpesteremo gli animali le piante la terra i poveri i derelitti i diversi, e tornerà il silenzio. ✱



## L'unione che nasce dall'emergenza

Contributo di **Marina Boeri**

Chirurgo ed ematologo  
Milano

**S**abato mattina, di turno in reparto convertito COVID-19, 30 pazienti. Mi mancano i miei colleghi, che prima ignoravo; adesso è come ci conoscessimo da sempre, siamo in squadre che si allargano e si compattano a seconda delle necessità: siamo internisti, chirurghi, otorini, ginecologhe, oculisti: ciascuno mette a disposizione le proprie competenze e quando non lavoriamo ci mandiamo messaggi fino a sera tardi, tutti uniti per trattare al meglio questi pazienti che sentiamo come familiari. Fuori il sole di un aprile che già preme sull'estate imminente. Dentro potrebbe essere qualunque stagione, un lungo corridoio buio con le porte delle stanze tutte chiuse, se non che il caldo rende insopportabile il camice impermeabile che arriva fino ai piedi, la visiera già resa opaca dal sudore, la mascherina che taglia il viso.

Afferro senza il tatto le cartelle, inizio il giro, l'obiettivo è di rimanere nelle stanze il meno possibile; già il medico COVID guarda solo le cose importanti, dà appena un'occhiata alla pressione, adesso contano solo la febbre, la frequenza cardiaca e l'ossigeno. La voce bela attraverso lo strato dei filtri, devo urlare per farmi sentire; o forse è solo un'impressione; non posso toccarli, e comunque non sentirei le loro mani con i doppi guanti.

Sistemati i pazienti, passo a telefonare ai parenti, ai quali è impedito l'accesso alla struttura: uno di loro, sentito che il padre probabilmente non passerà la notte, mi chiede di contattare un sacerdote: è la prima volta in due mesi. Eseguo subito la richiesta, ma il sacerdote non può venire, mi dice: "Ti autorizzo a dare tu la benedizione". Nella mia vita professionale ho fatto di tutto, ma il prete no, ancora no; è comunque un'esperienza. Mi accosto al letto del malato, che è sotto c-PAP (ventilazione meccanica a pressione positiva continua) e in trattamento con morfina e recito un *Pater Noster* osservandolo attraverso il casco che lo avvolge: nessuna reazione; quindi lo benedico usando parole richiamate da luoghi della mente lontani. E traccio nell'aria il segno di croce.

Calogero con la mano libera (l'altra contenuta perché tenta di scavalcare le spondine) ripete il segno di croce andando a cozzare contro il casco di plastica. Nello stesso momento, il suo vicino di letto, mussulmano e non parlante italiano, prende dal comodino il suo rosario dai grossi grani di legno e si mette a pregare. Esco da quella stanza diversa da come c'ero entrata.

Contro ogni previsione, Calogero ce l'ha fatta; ora è a casa, e pur con una fibrosi polmonare post-polmonite, conduce una vita quasi normale; e io mi sono fatta la fama di taumaturgo, ma tutta questa esperienza durissima è stata una grande lezione di vita. ✦





SMARTFAD

2.2020

## COVID-19 IN LOMBARDIA:

### ESPERIENZE IN OSTETRICIA, ONCOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA

La Lombardia è stata la prima Regione italiana ed europea a rilevare e trattare casi di pazienti COVID-19, in una situazione di incertezza clinica e di difficoltà organizzativa che hanno reso molto difficile l'attività e che, anche per la carenza di dispositivi di protezione individuale hanno causato morti tra i medici anche in specialità diverse da quelle specificamente coinvolte come la medicina generale, le malattie infettive, la rianimazione e la pneumologia. La pandemia ha modificato l'assistenza e la percezione di malattia anche per i pazienti con altre condizioni e per altri specialisti. Le prime esperienze e i risultati nei campi dell'ostetricia, dell'oncologia e delle terapie intensive milanesi e lombarde sono state seguite da tutto il mondo scientifico e vengono ora proposte in questo contributo.

**Evento ECM n. 298056; Provider Zedig (n. 103)**

**Autore:** Donatella Sghedoni

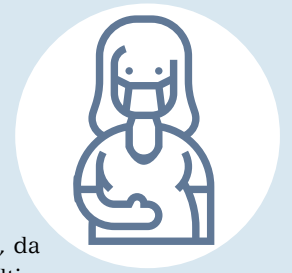
**Revisore:** Maria Grazia Manfredi,  
Consigliere OMCeOMI, Medico  
di Medicina Generale ATS Città  
Metropolitana di Milano

**Destinatari:** medici e odontoiatri

**Durata prevista:** 2 ore (compresa la  
lettura di questo dossier)

**Durata:** dal 23 giugno 2020 al 22  
giugno 2021

# Nascere in tempo di pandemia



## LA STORIA

parte I

Cristina è un'insegnante di liceo di 35 anni, sposata con Marco, ingegnere, da cinque anni. È da tempo che cerca di avere un bambino e finalmente nell'ultimo scorcio della scorsa estate il test di gravidanza ha dato esito positivo. Cristina è figlia unica e l'annuncio della gravidanza ha reso felice la coppia e anche i futuri nonni, in particolare Donatella, la nonna materna, che è medico di medicina generale, vicina alla pensione. Cristina sta bene, fumava 5 sigarette al giorno, che però aveva promesso al marito di abbandonare se rimaneva incinta e così è stato.

Donatella ha consigliato alla figlia di farsi seguire presso il maggiore ospedale della città. "Conosco diversi ginecologi e ostetriche e seguono molte mie pazienti: so che potranno seguirti in collaborazione con il Consultorio familiare senza esagerare con troppe ecografie ed esami e che ti ricorderanno di vaccinarti per l'influenza".

"Ne parlerò con la mia ginecologa, ma pensi davvero che la vaccinazione non sia pericolosa? Non l'ho mai fatta e cinque anni fa tu non l'hai consigliata alla mia amica Livia, tua paziente, che allora era incinta".

"È vero, ma in medicina le cose cambiano e ora la vaccinazione antinfluenzale è consigliata per le donne che come te saranno nel pieno dell'epidemia influenzale nel secondo e terzo trimestre. È un virus inattivato e non è pericoloso per il feto, anzi così tu potrai trasmettergli i tuoi anticorpi già pronti per le sue prime settimane-mesi di vita, quando il suo sistema immunitario non sarà ancora in grado di crearne di propri".

Tutto questo prima dell'arrivo del nuovo coronavirus. Cristina ha regolarmente eseguito tutti i controlli, risultati sempre nella norma, ma da quando è scoppiata la pandemia è molto preoccupata per sé e per il bambino e tempesta la madre di domande. È il 30 marzo ed è arrivata ormai alla 36ª settimana: "Mia cara, devi essere tranquilla, i reparti di ostetricia sono pronti a gestire le nascite anche in questa difficile situazione" la rassicura la madre.

## COMMENTO

Dal primo marzo 2020 Regione Lombardia ha attivato una specifica Task Force Ostetrica (OTF) per la gestione delle gravide durante la pandemia di COVID-19 e la OTF ha fornito una serie di indicazioni cliniche e organizzative per ridurre al minimo i rischi per la popolazione ostetrica generale e per quella con sintomi sospetti o con infezione confermata. È stata creata una rete lombarda con 6 Centri "hub" specializzati e relativi snodi "spoke", cui far convergere i casi sospetti o confermati e sono state date indicazioni a tutti gli ospedali con maternità per riorganizzare l'accoglienza, il Pronto Soccorso e

le sale parto (e anche gli ambulatori) in maniera da tenere separati i casi a possibile rischio dalle altre gravide tramite *pre triage* con misurazione della febbre e questionario sui sintomi. Bisogna anche effettuare un tampone nei casi sospetti e assistere la gravida in isolamento fino all'arrivo dei risultati.

COVID-19 Obstetrics Task Force, Lombardy, Italy: executive management summary and short report of outcome. Intern J Gynaecol Obstet 2020;DOI:10.1002/ijgo.13162.

## LA STORIA

parte II

"E se quando vado in ospedale a partorire mi infetto? A questo punto forse non sarebbe meglio partorire a casa, con un parto più naturale?"

"Casa dolce casa! Ti capisco, ma purtroppo ci sono ancora alcune incertezze.

Partorire a casa esporrebbe sicuramente sia te sia il bambino a rischi maggiori e purtroppo talvolta imprevedibili, specie in un momento in cui può anche essere più lungo trovare un'ambulanza per un trasferimento in travaglio se qualcosa andasse improvvisamente storto. No, sai che ti ho sempre incoraggiato a non vivere la gravidanza come una malattia, ma sono decisamente più tranquilla

sapendo che partorirai in una struttura attrezzata e con una neonatologia per qualunque evenienza" risponde alla figlia Donatella.



“Va bene, mamma, andrò in ospedale, ma se fossi infetta e non lo sapessi potrei trasmettere il virus al bambino? E la mia amica Carla, che è un po’ più avanti di me nella gravidanza e mi ha detto per telefono che ha febbre, tosse e mal di gola e che quindi potrebbe esserselo preso, dovrà fare un cesareo per proteggere la sua bambina? E se peggiorasse?”

#### COMMENTO

La trasmissione verticale e durante il parto è una complicazione grave di varie infezioni virali, ma il SARS-CoV-2, come gli altri coronavirus più studiati, non sembra al momento trasmissibile con tale modalità, almeno nelle donne che sono state infettate nel terzo trimestre di gravidanza, come nei casi finora osservati in Lombardia. Non c’è

quindi una indicazione specifica per il parto cesareo e in Lombardia più della metà delle donne osservate ha partorito per via vaginale.

Ferrazzi E, Frigerio L, et al. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis. *Brit J Obstet Gynaecol* 2020;DOI:10.1111/1471-0528.16278.

#### LA STORIA

parte III

“Per fortuna in gravidanza, nella maggior parte dei casi i sintomi di COVID-19 sono di solito lievi o moderati e il parto naturale è sicuro, anche se ovviamente ogni caso va valutato in maniera individuale” la madre rassicura la figlia. “Però se i medici scoprissero che Carla è positiva non la farebbero allattare, vero? Peccato perché racconta sempre di come è stato bello allattare il primo bambino fino a un anno e ci teneva ad allattare la seconda!”



#### COMMENTO

Le donne che sviluppano COVID-19 durante la gravidanza tendono nella maggior parte dei casi ad avere sintomi lievi o moderati, probabilmente per l'effetto combinato di genere femminile, giovane età e della particolare situazione immunitaria determinata dalla gravidanza.

La Task Force Lombarda ha indicato che le madri affette da COVID-19 con sintomi lievi e moderati possono allattare con un rigoroso lavag-

gio delle mani e con mascherina per evitare il contagio per via aerea. Le madri positive devono comunque essere isolate dai neonati e se hanno sintomi che non permettono loro di allattare direttamente possono spremere meccanicamente il loro latte con il tiralatte.

COVID-19 Obstetrics Task Force, Lombardy, Italy: executive management summary and short report of outcome. *Intern J Gynaecol Obstet* 2020;DOI:10.1002/ijgo.13162.

#### LA STORIA

conclusione

Dopo la spiegazione della madre, Cristina telefona subito a Carla per rassicurarla: “Come stai Carla? Mia madre mi ha dato delle buone notizie e volevo condividerle con te”. “Per fortuna sto abbastanza bene, la febbre è passata e mi è rimasta solo un po’ di tosse. Ho già sentito la mia ginecologa e mi ha assicurato che, anche se risultassi ancora positiva al momento del parto, mio marito potrà assistere, naturalmente con tutte le protezioni necessarie e potrò anche allattare”.

Trascorre poco tempo e sia Cristina sia la sua amica Carla partoriscono per via vaginale senza complicazioni, in ospedale. Carla risulta positiva al tampone per COVID-19 e quindi le viene fatto seguire un percorso assistenziale separato e viene assistita da personale che indossa sempre tutti i dispositivi di protezione individuale necessari. Il marito è presente in sala parto, anch’egli opportunamente protetto. Carla presenta solo sintomi lievi e può allattare al seno la sua bambina, utilizzando una mascherina chirurgica. Le due amiche si sentono per telefono appena arrivate a casa: “Certo che avremo una storia davvero particolare da raccontare ai nostri bambini! Sarebbe stato meglio non dover vivere questa ulteriore ansia della pandemia, ma speriamo che si trovi presto un vaccino!”

# Avere un tumore ai tempi di COVID-19

## LA STORIA

parte I

In un grande ospedale pubblico specializzato in oncologia di Milano, alla fine di aprile 2020, un primario di oncologia medica, sessantenne, discute con uno specializzando dell'ultimo anno, che di anni ne ha 29 e che ha collaborato con crescenti responsabilità nell'assistenza ai pazienti durante l'emergenza pandemica.

“Finora abbiamo avuto poco tempo per fermarci a riflettere su ciò che è cambiato in questi due ultimi mesi, ma ora che va un po' meglio è importante che condividiamo quello che sentiamo e mi interessa sapere che cosa ritieni di avere imparato. Ci può aiutare professionalmente e umanamente” spiega il primario allo specializzando, che si è sempre dimostrato molto attento ai pazienti che gli sono stati affidati.

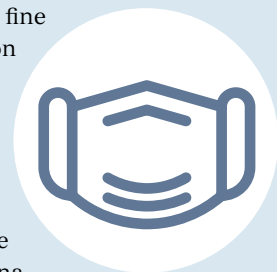
“Grazie, professore, ho letto tanto sui social in questo periodo sul sostegno reciproco, ma parlare faccia a faccia è un'altra cosa. Sono rimasto sorpreso che nessuno fosse minimamente preparato, anche se in Università ci avevano insegnato che prima o poi sarebbe arrivata una nuova epidemia da qualche virus di origine animale.

Mi ha stupito anche che fosse così difficile fare tamponi e quindi diagnosi a domicilio.

Mio padre è medico di famiglia e l'ho visto davvero disperato perché, specie nei primi tempi, senza dispositivi di protezione individuale, che non si trovavano, l'unica cosa che poteva fare era dire ai suoi pazienti con sintomi sospetti di stare a casa in autoisolamento, insieme ai loro familiari, e poi seguirli per telefono, fino a quando non stavano così male da doverli indirizzare in Pronto Soccorso. Un suo amico e collega in provincia, vicino alla pensione, che faceva molte visite domiciliari a pazienti anziani è morto di COVID-19” racconta lo specializzando.

“Sì, è tremendo che in Lombardia siano morti così tanti medici, di famiglia e ospedalieri, e dobbiamo ricordarli e onorarli, facendo in modo che non si ripetano le condizioni in cui hanno dovuto lavorare. Il mancato sostegno al territorio ha contribuito a far inondare gli ospedali di troppi pazienti già molto gravi, anche perché tanti cercavano di stare a casa il più possibile. E, in aggiunta, ormai sappiamo che purtroppo anche la permanenza a casa di persone con infezione, a volte asintomatiche o paucisintomatiche, è stato un meccanismo che ha alimentato la crescita dei contagi per trasmissione all'interno dei nuclei familiari. Tornando a noi, il problema di molti dei nostri pazienti oncologici 'storici' è stato quello di essere divisi fra la paura di ritardare controlli ed esami e quella di infettarsi venendo in ospedale” dice con una certa commozione il primario.

“Però non possiamo negare che il sistema ospedaliero è invece stato rapido nel riorganizzarsi e anche tutte le strutture oncologiche lombarde sono riuscite in poco tempo a coordinarsi per tutelare al meglio i nostri pazienti” ribatte lo specializzando, che cerca di essere positivo.



## COMMENTO

Le strutture oncologiche della Regione Lombardia, pubbliche e private accreditate, sono state inserite in un coordinamento funzionale con al centro le tre strutture dedicate cittadine (Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Europeo di Oncologia e Humanitas Centro Oncologico) come riferimento per l'invio dei pazienti oncologici con priorità da parte dei Dipartimenti di oncologia degli ospedali generali regionali, molti dei quali riconvertiti principalmente per pazienti COVID-19. Il modello “*hub and spokes*”, che prevede anche la flessibilità di mettere in comune il personale specializzato, ha assicurato la continuità di cura specializzata per i pazienti oncologici con percorsi separati e quindi con minor rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Le misure di isolamento domiciliare fiduciario adottate in Lombardia e in tutta Italia possono aver rappresentato, in presenza di un'elevata circolazione virale e in assenza di un'adeguata attività di diagnosi tramite test molecolare (tamponi) come si è verificato in Lombardia nel corso del picco epidemico, un rilevante meccanismo di trasmissione di COVID-19.

Dati relativi all'area milanese suggeriscono, sulla base di indagini sierologiche a posteriori, che la prevalenza di malattia sia più elevata delle stime ufficiali per effetto di una significativa trasmissione da parte di individui asintomatici o paucisintomatici all'interno di nuclei familiari.

Curigliano G. How to guarantee the best of care to patients with cancer during the COVID-19 epidemic: the Italian experience. *Oncologist* 2020;DOI:10.1634/theoncologist.2020-0267.

Pietrantonio F, Garassino M. Caring for patients with cancer during

the COVID-19 outbreak in Italy. *JAMA Oncol* 2020;DOI:10.1001/jamaoncol.2020.1426.

Antinori S, Torre A, et al. SARS-COV-2 infection: across the border into the family. *Travel Med Infect Dis* 2020;DOI:10.1016/j.tmaid.2020.101784

## LA STORIA

parte II

“Questa emergenza ci ha permesso anche di riflettere su ciò che è essenziale e non può essere rimandato e ciò che invece può essere differito senza rischi e su come comunicarlo al meglio ai pazienti. Qualche volta può essere vero, anche nel nostro campo, che ‘fare di più non significa fare meglio’ o ‘Less is more’, come dicono gli anglosassoni” continua lo specializzando. “I Percorsi Diagnostico Terapeutici che sono stati implementati in questa situazione mi sono stati molto utili, in particolare nei follow-up per i tumori più frequenti, come quelli della mammella, per non lasciarmi prendere la mano nel prescrivere troppe visite ed esami solo per sentirmi più sicuro”.



## COMMENTO

Sono stati definiti Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDT) oncologici che hanno fornito indicazioni sulla possibilità o meno di ritardare visite, interventi e terapie, basati sulla stima del rischio individuale e suddividendo le situazioni in tre diverse priorità (bassa, media e alta). Sono state raccomandate strategie diverse per bilanciare i rischi di progressione di malattia da una parte e il rischio di contagio dall'altra. Per esempio le visite di follow-up per i pazienti che avevano terminato le terapie sono state inserite, insieme alle attività di *screening*, fra le attività a bassa priorità e che quindi potevano essere rimandate, mentre gli interventi chirurgici per i tumori della

mammella con aspetti di alto rischio (linfonodi positivi, malattia sintomatica o localmente avanzata per cui non fosse indicata una terapia sistemica primaria) sono stati classificati ad alta priorità e sono stati assicurati entro 4 settimane.

Curigliano G. How to guarantee the best of care to patients with cancer during the COVID-19 epidemic: the Italian experience. *Oncologist* 2020;DOI:10.1634/theoncologist.2020-0267.

Viale G, Licata L, et al. Personalized risk-benefit ratio adaptation of breast cancer care at the epicentre of COVID-19 outbreak. *Oncologist* 2020;25:1-8.

## LA STORIA

parte III



“È vero, i PDT sono utili, ma non dimenticarti che ogni paziente deve essere valutato individualmente e la sua storia clinica e anche personale deve essere tenuta presente” lo riprende il primario. “Anche nei casi meno gravi è importante che noi oncologi, che abbiamo la fiducia di questi pazienti fragili, riusciamo a comunicare in maniera chiara che il loro rischio non aumenta se rimandiamo una visita o un esame. È importante che il paziente senta che noi ci siamo sempre se c'è qualche peggioramento e che nessuno viene abbandonato perché il COVID-19 è più importante di loro. A proposito, complimenti per ieri”.

Il giovane medico volge uno sguardo interrogativo al più autorevole collega, chiedendosi quale sia la ragione dell'encomio.

“Non ti ricordi, eh?”

“Sinceramente no, qui i giorni sono così frenetici e nello stesso tempo tutti uguali...” risponde lo specializzando.

Il professore sorride: “Ti ho sentito fare una telefonata e sei stato bravo: ti sei ricordato di fare una rapida valutazione della situazione e di fare prevenzione invitando a rispettare le norme sul lavaggio delle mani, sul distanziamento fisico e sulla mascherina”.

## COMMENTO

Il rinvio di una visita di follow-up routinaria deve essere comunicato con una telefonata o con un contatto *online* da parte dell'oncologo curante. La telefonata deve comprendere una rapida valutazione della situazione clinica soggettiva, un controllo di eventuali esami di laboratorio e di diagnostica per immagini, l'effettuazione di eventuali nuove ricette per via telematica per trattamenti in corso (per esempio una terapia endocrina adiuvante). Sarà anche l'occasione per spiegare al paziente che il rinvio del controllo non influirà sul tumore, dando la disponibilità del Centro oncologico a rivalutarlo e a vederlo in ospedale in caso di sospetto di progressione di malattia o di forte desiderio del paziente di essere visto di persona e per fornire indicazioni di tipo preventivo su come ridurre il rischio di contagio. L'Istituto Nazionale di Tumori ha inoltre rapidamente implementato un sistema di *triage* con aree di sorveglianza dedicate per pazienti già ricoverati o in via di ricovero considerati sospetti per infezione da SARS-CoV-2 per poter effettuare una diagnosi e un isolamento

tempestivo, proteggendo così gli altri pazienti. Il *triage* comprendeva la raccolta di dati clinici (fra cui emogasanalisi e TC polmonare) di tutti i pazienti con sintomi respiratori acuti di tipo ILI (*Influenza Like Illness*), non dovuti a complicanze delle terapie oncologiche, e la successiva esecuzione di un tampone nasofaringeo con tecnica RT-PCR per conferma. Su 301 pazienti sospetti, 33 (11%) sono risultati infetti.

Lambertini M, Toss A, et al. Cancer care during the spread of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy: young oncologists' perspective. ESMO Open 2020;DOI:10.1136/esmoopen-2020-000759.

Valenza F, Papagni G, et al. Response of a comprehensive cancer center to the COVID-19 pandemic: the experience of the Fondazione IRCCS-Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Tumori Journal 2020;DOI:10.1177/0300891620923790.

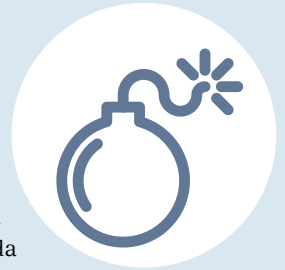
## LA STORIA

### conclusione

“Grazie, professore: è stato importante anche riuscire a individuare tempestivamente i pazienti ricoverati o che stavano per entrare in ospedale che erano già infetti da SARS-CoV-2 per poterli isolare e indirizzare a un trattamento adeguato prima che infettassero gli altri. Ho avuto anche io momenti difficili ma è stata davvero un'esperienza unica e formativa perché ho imparato tanto dai colleghi più anziani che già sapevo bravissimi come ricercatori e ultraspecialisti ma che hanno saputo adattarsi anche a questa situazione, cercando di non fare mai mancare incoraggiamento e sostegno ai pazienti ricoverati, che non avevano più il sostegno della presenza dei loro cari. È per questo che io ho scelto medicina e quindi oncologia, per combinare scienza ed empatia” conclude convinto lo specializzando.



# La virtù di sapersi adattare



## LA STORIA

parte I

Fine maggio 2020. Bianca, anestesista-rianimatore con esperienza ventennale in un grande ospedale di Milano, sta facendo una videochiamata a un vecchio amico e compagno d'università, Paolo, che si è trasferito e lavora da diversi anni in Germania come internista.

“Non ne potevo più di sentirci solo per telefono e con messaggi, così almeno ci vediamo, ora che ho dovuto necessariamente diventare esperta di videoconferenze e uso di Skype. Certo che però potersi toccare e abbracciare è un'altra cosa e spero che questo incubo finisca presto e che si possa tornare a viaggiare” apre la telefonata Bianca.

Paolo le risponde: “Ti trovo dimagrita o è l'effetto della *webcam*? So quanto ami il tuo lavoro ma deve essere stata davvero dura. Qui in Germania le cose sono andate decisamente meglio, probabilmente perché c'è un sistema territoriale più forte e si è deciso di fare subito molti tamponi e su questo si è investito. D'altra parte so che dal punto di vista scientifico e nel tuo settore la Lombardia è all'avanguardia: sto iniziando a leggere le vostre pubblicazioni scientifiche, ma se non sei troppo stanca mi piacerebbe sapere direttamente da te che cosa avete fatto, come vi siete riorganizzati”.

“Io sono abituata a lavorare con pazienti critici e ad affrontare il fatto che molti muoiano nonostante tutti gli sforzi che facciamo, ma questi mesi sono stati davvero diversi e durissimi. Abbiamo dovuto essere molto flessibili ed è stato essenziale riorganizzarci subito per aumentare i posti in terapia intensiva, perché dopo la prima diagnosi del 20 febbraio c'è stato un immediato aumento esponenziale di casi gravi, il resto è storia che conosci anche tu da lontano. Ce l'abbiamo fatta solo perché abbiamo tutti collaborato e creato una rete di terapie intensive lombarde e insieme siamo riusciti ad aumentare i posti letto di cure intensive (ICU) dedicati ai soli malati con COVID-19”.

## COMMENTO

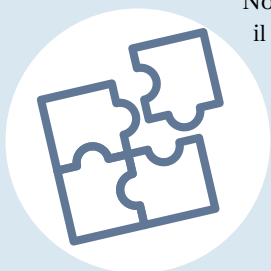
In Lombardia la capacità totale delle Unità di Terapia Intensiva (ICU) prima della crisi pandemica era di 720 letti, distribuiti in 74 ospedali, che nei mesi invernali avevano un'occupazione dell'85-90%. Il rapidissimo aumento dei casi ha fatto correttamente prevedere che, nonostante le misure di contenimento, sarebbe stato necessario aumentare le possibilità di ricovero in ICU per centinaia di pazienti COVID-19, che infatti dopo 14 giorni erano più di 500, pari al 16% di tutti i pazienti positivi per SARS-CoV-2. Tale percentuale è stata superiore a quella dei pazienti infetti cinesi, che hanno richiesto il ricovero

in ICU solo nel 5% dei casi, forse per una maggiore età e comorbilità della popolazione lombarda, forse per altri motivi ancora ignoti. La soluzione è stata creare immediatamente una rete delle ICU, limitando al massimo l'attività chirurgica routinaria e creando letti dedicati, formando contemporaneamente il personale per ridurre il rischio di contagio dall'esterno e all'interno dell'ospedale.

Grasselli G, Pesenti A. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. Early experience and forecast during an emergency response. JAMA 2020;323:1545-6.

## LA STORIA

parte II



“Certo, non è facile confrontare sistemi sanitari e paesi diversi. Qui in Germania abbiamo una percentuale di posti di ICU per abitante fra le più alte d'Europa, ma cos'altro pensate che avrebbe dovuto essere fatto, oltre al miracolo della moltiplicazione dei letti che avete realizzato?” risponde l'amico che lavora in Germania.

“Non è stato un miracolo, ma lavoro duro e di squadra. Ed è stato necessario formare subito anche il personale di altri reparti che aveva specializzazioni diverse. Abbiamo usato la telemedicina e ci siamo impegnati per far avere comunque contatti almeno 'virtuali' fra i pazienti che stavano meglio e i loro familiari all'esterno. E sarebbe stato necessario che altri pensassero ad aumentare con la stessa velocità la capacità dei laboratori di valutare i campioni, anche a domicilio, probabilmente così avremmo avuto anche noi casi meno gravi, perché sarebbero arrivati prima in ospedale...”

## COMMENTO

Secondo l'esperienza pubblicata di Humanitas, la riorganizzazione per aumentare i posti di ICU ha riguardato il coordinamento a livello intraospedaliero e fra ospedali, la riorganizzazione degli spazi con la creazione di una ICU solo COVID e di una non COVID, il materiale e le apparecchiature (spesso diverse dalle abituali), il personale, che ha dovuto essere formato, includendo anche coloro che non erano direttamente coinvolti ma avrebbero potuto esserlo successivamente. Per la formazione del personale sono state effettuate sessioni brevi (massimo un'ora) per piccoli gruppi o due-tre professionisti con lezioni e dimostrazioni dal vivo e simulazioni sul posto, che hanno riguardato soprattutto il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale e la gestione delle vie aeree

in ventilazione meccanica. Le comunicazioni, i dati, le immagini, le consulenze fra una ICU COVID-dedicata e quella non-COVID, tra il personale dell'ICU e il coordinatore di turno sono state condivise in tempo reale e a qualunque ora semplicemente con alcuni *tablet* con *software* per teleconferenze. Altri *tablet* sono stati forniti ai pazienti vigili per comunicare con i familiari.

Grasselli G, Pesenti A. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. Early experience and forecast during an emergency response. *JAMA* 2020;323:1545-6.

Carenzo L, Costantini E, et al. Hospital surge capacity in a tertiary emergency referral centre during the COVID-19 outbreak in Italy. *Anaesthesia* 2020;DOI:10.1111/anae.15072.

## LA STORIA

Parte III

“Ma che tipo di pazienti vi arrivavano? È vero che quasi tutti i morti avevano anche altre patologie? Che dati avete raccolto? Scusa se ti assillo con le mie domande, ma i vostri dati potrebbero essere utili per il futuro” chiede molto interessato Paolo.

“Siamo già riusciti a fare un'analisi retrospettiva delle caratteristiche e degli esiti dei quasi 1.600 pazienti con una diagnosi di COVID-19 confermata con tampone nasofaringeo trattati consecutivamente nel primo mese di pandemia nelle ICU dei 72 ospedali della rete che abbiamo creato in Lombardia. E in effetti sono emersi diversi aspetti interessanti” risponde Bianca.



## COMMENTO

Fra le caratteristiche più interessanti si segnala che ben l'82% dei 1.591 pazienti esaminati retrospettivamente era maschio e il 23% aveva 71 anni e più, con una mediana di 63 anni e un *range* dai 19 ai 91 anni. Il 68% dei pazienti aveva almeno un'altra malattia e l'ipertensione era la più frequente, seguita dalla patologia cardiovascolare e dall'ipercolesterolemia. Solo il 4% aveva una storia di BPCO. L'88% ha richiesto intubazione endotracheale e ventilazione mecca-

nica e l'11% ventilazione non invasiva, arrivando alla quasi totalità di pazienti con necessità di supporto respiratorio. La mortalità rilevata nelle ICU è stata del 26%, con una differenza netta a favore dei pazienti sotto i 63 anni d'età (15% vs 36%)

Grasselli G, Zangrillo A, et al. Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020;323:1574-81.

## LA STORIA

conclusione

“È vero che la maggior parte dei pazienti erano anziani e spesso con una o più patologie, ma ho visto anche un paziente di 19 anni. Non mi è piaciuto come i media abbiano sottolineato questo aspetto: talvolta è sembrato che le vite degli anziani valessero di meno e che risorse limitate non dovessero essere 'sprecate' per loro. Si è fatto credere contemporaneamente ai giovani che in fondo la pandemia non li riguardava, rafforzando la loro naturale tendenza a sentirsi invincibili e a sfidare il rischio” si rammarica Bianca.

“Nei paesi anglosassoni considerano quella verso gli anziani una discriminazione vera e propria e le hanno anche dato un nome: *ageism* e, da quanto ho letto, nelle case di riposo bisognava fare di più, ma non è stata certo colpa dei medici italiani e lombardi, che sono stati apprezzati da tutti per la loro dedizione e impegno. Ora avete posti in ICU sufficienti anche se arrivasse la seconda ondata, tanto temuta” risponde Paolo.

“Sì, ma occorre pensare a investire di più sul territorio che nel Servizio sanitario lombardo è stato dimenticato a favore degli ospedali, è dal basso che bisogna partire per arginare una pandemia di queste dimensioni!” conclude critica ma propositiva Bianca.



## Così parlò Gattinoni

**Per le insufficienze respiratorie gravi la terapia intensiva lombarda è quella che negli ultimi 20 anni ha portato i maggiori contributi sulla comprensione della fisiopatologia della respirazione e la loro conseguente terapia. E questi progressi hanno un padre riconosciuto, Luciano Gattinoni, che una volta “rottamato” – come dice lui – si è trasferito a insegnare all’università di Göttingen, in Germania**

**Quindi le cose stanno così, la terapia intensiva lombarda ha fatto scuola nel mondo.**

Non lo diciamo noi, ma la letteratura. Siamo quelli che hanno introdotto la circolazione extracorporea, l’uso quantitativo della TAC... quindi dal punto di vista dell’equipaggiamento mentale eravamo sicuramente fra i migliori sul mercato.

**È vero che è stato lei a inventare la soluzione di mettere i pazienti con insufficienza respiratoria proni in terapia intensiva?**

Sì, ma non l’ho “inventato”. La prima segnalazione che la posizione prona migliorava la respirazione risale a un articolo del 1978, cosa ignorata per anni. Poi facendo la TAC polmonare abbiamo visto che

il polmone presentava certe caratteristiche, per cui cambiando la posizione era possibile che cambiasse rapporto fra perfusione e ventilazione e migliorasse l’ossigenazione. Quindi alle spalle c’era uno studio teorico di fisiologia che suggeriva la manovra, la cui efficacia è stata provata da una serie di studi randomizzati che abbiamo eseguito in seguito, con una sopravvivenza aumentata di un paziente su dieci.

**La posizione prona migliora l’ossigenazione?**

Non proprio. Quello che si è visto è che la posizione prona cambia la distribuzione dello stress delle forze che agiscono all’interno del polmone. In altre parole, diminuisce il danno della ventilazione meccanica. In un polmone infiammato la pressione d’aria sparata dentro dalla ventilazione può far danni, non siamo costruiti per subire questo attacco. Lo sforzo degli ultimi trent’anni è stato di adottare tecniche di ventilazione meccanica il meno dannose possibile.

**Quindi la terapia intensiva non è indicata a tutti, pure se in gravi condizioni?**

Certo, al netto degli errori che ci possono essere stati nel momento dell’emergenza nel curare queste persone. Se la mortalità è molto alta, in realtà, è che non tutti hanno potuto giovare delle terapie.

**Come mai allora in Lombardia, che è ancora una eccellenza in terapia intensiva, COVID-19 ha fatto questi sfracelli?**

Consideri che i pazienti con polmonite che sono morti in terapia intensiva in Lombardia sono circa il 50%. Anche quelli che sono morti in ospedale fuori della terapia intensiva sono circa la metà. Ci si potrebbe allora chiedere se questi ultimi sarebbero morti di più o di meno se fossero stati curati in terapia intensiva. Questi studi andranno sicuramente fatti. Come andrà verificato come è cambiata la mortalità dalle prime settimane di emergenza a dopo.

**Ci sono analisi in corso. Al San Raffaele, per esempio, considerando il periodo 24 febbraio-4 maggio, la mortalità è passata dal 29% nei primi dieci giorni al 2% dal 14 aprile in poi. E lo stesso in altri ospedali. Una bella differenza, come la si spiega? Sono migliorate le cure?**

Più che migliorate le cure direi che sono stati curati! Alcuni errori col tempo sono stati diminuiti o evitati.

**Errori di che tipo?**

Nella prima settimana i pazienti critici venivano trattati in terapia intensiva con una ventilazione a pressione positiva intorno a 15-16 centimetri d'acqua. Dopo un mese la pressione è stata aggiustata a 7-8. Insomma, nell'emotività dei primi momenti, non sono state fatte tante cose. Sarebbe stato sufficiente guardare una TAC... ma lasciamo perdere. D'altronde capisco benissimo che in quel momento, quando uno ha i cadaveri per terra nei sacchi, non è che sta lì a pensare alla fisiopatologia... Non si è fatta attenzione al fatto che non ci trovavamo davanti a pazienti con le stesse caratteristiche di insufficienza respiratoria che eravamo stati abituati nei decenni precedenti. C'era qualcosa di diverso.

**In questo senso colpisce molto il caso Germania, che a fronte di un numero di casi non ingente, ha avuto molti meno morti. Quali sono secondo lei le ragioni di questa differenza abissale?**

Secondo me la prima e più grande differenza è perché li hanno tenuti più a casa. E poi, in Germania, quando arrivava un malato in ospedale si trovava davanti a un cartellone con su scritto "Nicht betreten", "Non entrare!". Chi aveva sintomi COVID-19, fosse anche solo un raffreddore

o una congiuntivite non metteva piede in ospedale, doveva suonare un campanello dove qualcuno veniva a occuparsi di lui. Nella stragrande maggioranza queste persone venivano rimandate a casa e prese in carico dai medici di base. E attenzione: il 50% del personale che riceveva questi pazienti erano medici di base che facevano i turni in ospedale. In Germania prevenzione e medicina territoriale sono unite alle cure ospedaliere, non separate come da noi, dove la medicina generale ha una "convenzione" con il SSN. Questa frattura in Germania non esiste. C'è integrazione.

**La Lombardia è stata criticata soprattutto per la debolezza della prevenzione territoriale e anche per il fatto che i medici di base non erano preparati per affrontare la pandemia.**

In Lombardia i medici di base hanno ricevuto dalla Regione due mascherine, i calzari e un litro d'alcol. Questa è la verità allucinante. La terapia intensiva è l'ultimo anello della catena. Interesserà meno dell'1% dei contagiati. Il resto lo fa la preparazione alla pandemia che è stata aggiornata quasi tutti gli anni, lo fa la presenza sul territorio e il suo stretto collegamento con l'ospedale. Ma la prevenzione non porta voti perché il suo successo è lo 0, è che non succeda niente, merce poco spendibile dai politici.

**Da Wuhan in poi, una delle soluzioni prospettate sono anche gli ospedali COVID, dedicati alla terapia intensiva, che sono stati realizzati un po' in tutto il mondo. Cosa ne pensa?**

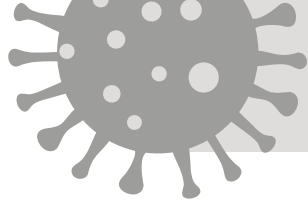
Che non hanno senso. Una terapia intensiva senza il resto dell'ospedale non ha senso. Un conto è nell'emergenza avere capannoni vicino agli ospedali, un altro strutture di sola terapia intensiva separate dagli ospedali.

**Continua a suonare jazz come ai tempi del Policlinico di Milano?**

Certo, ma più che jazz il nostro gruppo esegue brani di *spiritual*, che è alla radice del blues e del jazz. ■



Il Quartetto vocale *Mnogaja Leta* è composto da Alberto Vigevani, Luciano Gattinoni (primo da sinistra), Nino Giagnoni, Maurizio Mauri, con il supporto strumentale formato da Luciano Gattinoni al pianoforte, Giovanni Vergani alla chitarra, Riccardo Vigoré al contrabbasso e Vanni Stefanini alla batteria.



# Un sorprendente lieto fine

Contributo di **Gian Galeazzo Riario Sforza**

Pneumologo

Direttore Unità Medicina Interna e Pronto Soccorso, Ospedale Sesto S. Giovanni (Milano)

**A**ncora bardature. Zona sporca, zona pulita. Disinfettante. Guanti e sovraguanti. Caldo, stress, timore di contagio, occhiali che si appannano, cellulare che squilla in tasca, irraggiungibile. Entra ed esci dalle stanze di degenza, cambia sovracamice ogni volta. E ti sei ricordato i calzari? E la cuffia? Proteggiti il collo. Abbassa e alza la visiera. Doppia mascherina FFP2 e sopra la chirurgica per proteggersi meglio quando visiti i pazienti. Cose da non crederci, non ci si abitua mai.

All'inizio del contagio in molti, e io tra questi, avevamo sottovalutato il virus. Un problema cinese, pensavo, convinto che sarebbe stata un'altra influenza H1N1, oppure una MERS, o magari un'altra aviaria. Ero convinto, come tanti colleghi, che rapidamente l'epidemia sarebbe finita, così com'era iniziata. Ma mi sbagliavo di grosso, e prima che mi rendessi conto di quanto stava accadendo sentivo i notiziari che parlavano di centinaia di contagi a Lodi, Codogno, Bergamo, Brescia, Cremona, in una terrificante spirale di infezioni. E poi ho visto il mio Pronto Soccorso pieno come tanti altri Pronto Soccorso lombardi, e i reparti ribattati, trasformati di punto in bianco dall'oggi al domani in luoghi di accoglienza per i pazienti contagiati in arrivo dalle zone rosse traboccanti di ammalati, di sofferenza e di morte, in una surreale parodia di un romanzo francese che parlava di peste. Sempre più persone affollavano i Pronto Soccorso con insufficienze respiratorie sempre più gravi, e poi le bardature con i DPI, i



dispositivi di protezione individuale, sempre più complete e sfiancanti per chi le porta e per i pazienti, che potevano vedere solo gli occhi di chi li assisteva.

Ancora incredulo, vedevo sempre più ammalati posti in ventilazione non invasiva assordati dal frastuono del flusso d'aria ad alta pressione che gonfia i caschi. Alcuni andavano meglio, ma altri sempre peggio, tanto da finire in rianimazione e in certi casi morire, nonostante i

tentativi per tenerli in vita. Pensavo: ci lasceranno solo gli anziani, i più fragili, quelli già minati da malattie coesistenti. E invece no. Ho negli occhi due giovani poco più che trentenni: all'inizio sembrava andassero meglio, ma poi il respiro era sempre peggiore. Sono giovani, fibra forte, vedrai che ce la faranno, pensavo. Invece no. Due giorni in rianimazione, poi la morte. Incredulità, sgomento. Per capire cosa si prova bisognerebbe provare per qualche ora i panni di medici, infermieri, operatori sociosanitari, accaldati dentro DPI sempre più ermetici. Spaventati all'idea di ammalarsi e di contagiare i familiari. Vedere persone con cui lavori che si ammalano, guardare negli occhi pazienti che stanno per essere intubati per vederne il panico, l'incredulità, la paura di non svegliarsi più. Ma, cosa che l'epidemia ha reso terribile e crudele, vedere l'impossibilità per i ricoverati di avere al fianco un volto familiare. C'erano i *tablet* e i telefonini, certo, ma per i congiunti era impossibile stringere le mani dei loro cari e tanto meno presenziare alle esequie di chi se ne andava.

Un esempio per tutti: nel mio reparto è stata ricoverata da Pronto Soccorso una signora di 71 anni, ex fumatrice, con una grave bronchite cronica ostruttiva e una brutta polmonite da COVID-19. La meccanica respiratoria della paziente era gravemente compromessa: profonda mancanza di fiato e, nonostante la mascherina con *reservoir* a 15 litri, una frequenza respiratoria di 50 atti al minuto, contro un normale di circa 18. Da pneumologo, mi sono detto che la prognosi era riservata. Allora chiamo la figlia, che mi dice: "Dottore, non posso venire da mia madre ma la prego, metta per me una mano sulla sua fronte e le dica che tutti i suoi figli le vogliono bene". Ebbene, l'impatto emotivo di quella frase è stato devastante, una cosa che in 32 anni di ospedale ho provato di rado. Tanto che ho lasciato il telefono in mano a una collega e mi sono allontanato di qualche passo nel corridoio per riprendermi dalla commozione.

Ma l'epilogo, per fortuna, è stato a lieto fine: abbiamo iniziato la ventilazione non invasiva sedando la paziente moderatamente. Siamo andati avanti sei giorni con ventilatore, sedazione e ossigeno. E al settimo il miracolo: tolto il ventilatore la signora si è ripresa, ed è stata trasferita in un reparto a bassa intensità di cura per poi essere dimessa senza bisogno di ventilazione, ma solo con l'ossigeno che già faceva a casa, data la sua patologia di base. In tanti anni non avevo mai visto una paziente tanto grave riprendersi così bene. E da questa esperienza ho imparato una volta di più che non bisogna mai mollare, mai darsi per vinti e lottare sempre e in ogni caso per la vita dei pazienti.

# Ho scelto uno splendido lavoro

Contributo di **Maria Antonia Pedrazzini**

Specialista in anestesia e rianimazione  
ASST Lodi

**U**no tsunami si è abbattuto sul mio ospedale il 20 febbraio. Per 20 giorni ho vissuto in un mondo stravolto e surreale che ha scavato solchi profondi.

Paura, sconforto, stanchezza, dolore mi hanno accompagnato.

Come non mai ho sentito la solidarietà, le preghiere, l'abbraccio di tanti amici e conoscenti, e anche di tanti sconosciuti.

E questo mi è stato di sostegno, insieme alla musica, che ha accompagnato il mio riposo casalingo.

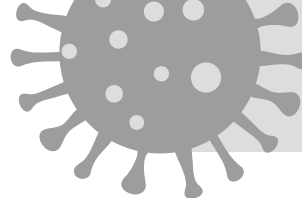
Avevo bisogno di evadere e sognare; la realtà era così dura che avevo la necessità di rinnovare la speranza.

Ho sempre creduto nella sanità pubblica; questa volta eravamo impreparati, in ospedale e sul territorio.

Le esigue risorse disponibili in alcune fasi della pandemia, mi hanno obbligato a riscoprire l'importanza della cura dello spirito oltre che del corpo; la necessità di trovare dignità nella malattia, nella morte, nella vita.

Ho scelto uno splendido lavoro, ricco ogni giorno di nuove emozioni.

La vita è bella.



## Parola chiave: gratitudine

Contributo di **Monica Franca Fumagalli**

Specialista in anestesia e rianimazione  
Rianimazione COVID, ASST Sacco Milano

*Questo è quanto avevo pubblicato su Facebook. Sul perché sentivo la necessità di farlo, ho pensato sia stato per creare come un ponte tra me e i pazienti o i familiari da me seguiti per sentirli in qualche modo più vicini, cosa che a noi anestesisti rianimatori non accade quasi mai.*

**G**iorni fa, mentre mi chiedevano come stessi io e come stessero i miei figli, mi soffermavo e disingarbugliavo un po' i pensieri su questi ultimi mesi.

La parola chiave che sottende tutto è: GRATITUDINE. La gratitudine dei pazienti, dei parenti, di chi ci porta ogni giorno ogni tipo delle proprie prelibatezze, delle corporazioni che ci hanno fatto visita azionando le loro sirene per noi, mostrandoci i loro striscioni, coprendoci di applausi: i vigili del fuoco, i tassisti.

Pensando e ripensando sì, il lavoro in questi mesi è stato pesante, tutto era nuovo, molte volte ci siamo sentiti impotenti, molte volte abbiamo avuto paura per noi e per chi ci aspettava a casa senza mettere in dubbio nulla, senza chiedere, ma accettando il possibile rischio. La mia strada è stata sempre quella di tornarci, a casa, confidando nella sicurezza dei

dispositivi di protezione, i migliori esistenti di certo, di cui ci hanno fornito, stando attentissima a seguire scrupolosamente le procedure di vestizione e svestizione come insegnatoci alle esercitazioni: un lavoro nel lavoro. Ci siano misurate con tante emozioni, le più svariate. Voglio raccontare di due episodi in particolare.

Un mattino di una giornata lunga almeno 13 ore, alle consegne, il collega notturno ci riferiva del decesso di un paziente che avevamo curato e di cui avevano capito anche la gravità estrema; il collega ci dice di come se ne era andato senza poter fare niente per impedirlo, poi ci parla della moglie contattata per essere informata del triste evento. Lei piangeva al telefono, ma poi passava a ringraziarci senza fine, perché nei giorni di ricovero del marito in rianimazione, per ogni giorno l'avevamo chiamata dedicandole

tutto il tempo che richiedeva con partecipazione vera. “Grazie per la vostra vicinanza, grazie per la vostra umanità” davvero non la finiva di ringraziarci con la voce rotta, voleva che il collega riportasse a tutti noi le sue parole... a quel punto chi di noi era al telefono si era ritrovato con gli occhi gonfi di lacrime commosso.

Il momento dedicato da noi ogni giorno alle chiamate ai parenti, costretti a una lontananza quantomai forzata, è quello che amo di più. Penso al mio prof. della tesi quando io gli confidavo di temere di perdere il contatto con i pazienti scegliendo questa specializzazione. “Se vorrai, potrai trovarlo con i parenti”, quanto era vero Martin! Lo penso spesso... Ho ritrovato parole sincere, sentite, anche quando l'unico contatto era un'amica conosciuta a un corso, unico affetto di chi da solo veniva da molto lontano e aveva avuto una vita da viaggiatore, esploratore alla ricerca di cose che rimarranno a noi sconosciute. In particolare questa amica da me contattata più volte e che spesso temevo di disturbare, stava le mezzore a parlarmi del suo conoscente, a sentire e chiedermi quali progressi facesse di giorno in giorno e a mostrarmi una riconoscenza da nodo in gola. Nelle stanze tutti bardati stringiamo le mani di pazienti che ci parlano con gli occhi, quando iniziamo a scendere con la sedazione per risvegliarli ancora intubati: di lì a poco inizieranno a respirare ancora da soli e a riprendersi la vita. Ci parlano con gli occhi e noi riusciamo a comunicare con gli stessi occhi e reciproche strette di mano che sono in realtà abbracci. Fare il medico rianimatore è tutto questo, deve essere anche tutto questo e certe parole e certi gesti, quando le parole non sono possibili, ti riempiono il cuore.

Il secondo episodio è del primo maggio. Devo entrare nella stanza di una paziente di 40 anni. Lei era

stata gravissima per settimane, sedata curarizzata ventilata pronata e supinata; ora è sveglia, con la tracheostomia. Mi bardo, prendo il cellulare che usiamo per i pazienti, lo sigillo per evitare contaminazioni e videochiamo il marito: è la sorpresa per il compleanno del figlio che fa 8 anni. In stanza con me c'è la paziente e c'è il marito, poi anche il bimbo, per i pochi attimi degli auguri. Poi tutti piangiamo di felicità. Hanna (*nome inventato*) mi stringe forte la mano, non può parlare, chiudere la cannula scuffiata per potere fare fuoriuscire le vibrazioni della voce è difficile, c'è il filtro con l'ossigeno e ancora ne è dipendente, se lo stacco subito desatura. Ho sentito le mie lacrime farsi strada dietro la visiera e sotto la mascherina, ho sperato che né Hanna né il marito se ne accorgessero. Di fatto era il primo maggio, ero al lavoro e avevo lasciato mia figlia solo un po' più grande del bambino che

avevo appena avuto di fronte, ma la mia assenza da casa aveva un senso. Hanna l'avevo seguita per diversi turni e si era risvegliata un po' arrabbiata e molto sfiduciata, ora la vedevo strafelice e anche lei mi ringraziava continuamente. Non riuscivo a uscire dalla stanza perché con le sue labbra era un continuo mimare “Grazie per la sorpresa che mi hai fatto”.

I miei pensieri ora si srotolano senza nodi, quello che pensavo mi toccasse di fare senza averlo propriamente scelto, la paura, la stanchezza, il mio pianto solitario e disperato in macchina al buio, a ogni fine turno prima di tornare a casa, per almeno tutte le prime due settimane dall'inizio di tutto. Proprio in quel giorno così significativo, il primo maggio, si aggiungeva la sensazione di essere in realtà una privilegiata, essere lì al lavoro aveva un senso profondo.

E ora la GRATITUDINE è la mia. Tutta mia. 

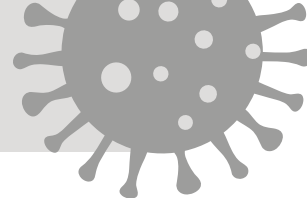
\* \* \* \* \*

## Tante emozioni ma mai paura

Contributo di **Cinzia Massafra**

Diabetologa  
ASST Nord Milano

**A**ttonta davanti alla TV vedevo scorrere le immagini di Wuhan, della chiusura della città e della messa in quarantena di milioni di persone. Ricordo che pensavo “sembra una guerra” e se dovesse arrivare qui? È poco più di un'influenza il mantra ripetuto, cercavo di crederci ma i conti non tornavano. Perché per numero così relativamente “basso” di vittime Whuan era in totale quarantena? E poi: il primo caso accertato di Codogno, l'inizio non di una “guerra” ma di uno tsunami. Il mantra continuava, le scuole chiudevano. La speranza di una chiusura temporanea di due o tre settimane, ma i contagi aumentavano e i morti anche. In ambulatorio, ancora aperto, continuavano ad arrivare i pazienti perché comunque le visite programmate volevano farle, cercavi di spiegare che forse era meglio stare a casa, di non uscire se non era strettamente urgente, di non venire a fare una visita di controllo se tutto andava bene, soprattutto se portavi dietro la bombola di ossigeno o eri in carrozzella. Mascherine, guanti, gel disinfettante. Disinfettavo tutte le superfici a ogni visita. I pazienti che imperterriti volevano essere visitati perché “era tutta una esagerazione”, in sala di attesa alcuni con la tosse. Cercare di spiegare che era meglio



“stare a casa” se avevi la tosse e loro a ribadire che era “un’esagerazione”, che la televisione diceva un “sacco di c...te”.

In ospedale i colleghi sempre più in difficoltà, appelli per medici volontari, crescita esponenziale di contagi e di morti, sala d’attesa che incominciava a essere vuota. Dare la disponibilità ad andare in ospedale ad aiutare i colleghi è stato normale. Loro travolti dall’onda e io senza pazienti perché finalmente le visite programmate erano state sospese.

Il 17 marzo, primo giorno in ospedale, assegnata al reparto COVID subacuti. Inizio alle 8.00 fine non so quando, pranzo impossibile. Tutto il giorno con il suono continuo delle sirene delle ambulanze che arrivavano senza pausa in Pronto Soccorso. Suono di sirene continuo per giorni e giorni, lavoro in reparto per turni continuativi, impossibile fermarsi per più di dieci minuti per mangiare una barretta proteica e bere un caffè.

Tornare a casa dopo 10-12 ore, avendo nelle orecchie il suono delle sirene, spogliarsi sulla soglia, correre a fare una doccia prima di salutare i ragazzi, mangiare da sola in sala, dormire isolata, svegliarsi in piena notte con il senso di angoscia per il numero dei morti, quasi mille ogni giorno. Li sentivo nell’anima quei morti.

Ogni mattina un nuovo reparto veniva trasformato COVID, 1,2,3,4... terapia intensiva, subintensiva 1-2... tutto l’ospedale era diventato un unico reparto, un’unica patologia: polmonite interstiziale. Tutti i pazienti in ossigenoterapia, massima attenzione perché l’ossigeno è esplosivo, manuale con istruzioni per la sicurezza in tutti i reparti e la raccomandazione di calcolare il quantitativo totale per reparto ogni giorno. Un pensiero fugace: “possiamo esplodere”.

Alle 8.00, prima di iniziare, incontro di tutti i medici di tutti i reparti, di Pronto Soccorso e di terapia intensiva. Tutti a studiare quanto più possibile i primi articoli pubblicati, cercare letteratura, confrontarsi, stabilire linee comuni di terapia e di intervento. C’erano tutti. Il farmacologo che raccomandava di integrare con magnesio e potassio chi in terapia con idrossiclorochina. L’infettivologo per le terapie antivirali e il protocollo per il tocilizumab. Lo pneumologo per il funzionamento delle c-PAP, le pressioni e i flussi. Ogni mercoledì pomeriggio incontri di studio e confronto, collegamenti con altri colleghi di altri ospedali.

Avevano risposto all’appello un po’ di specialisti: cardiologi, ortopedici, urologi, geriatri, pneumologi, diabetologi, chirurghi vascolari, psichiatri, specializzandi e laureati. Suddivisi nei reparti, *team* multidisciplinari. Una scelta vincente, ognuno ha portato un po’ della propria competenza e tutti hanno acquisito non solo conoscenze nuove ma anche il vero senso di essere “squadra”. Alle 14.00 la riunione con gli infermieri e operatori socio sanitari di reparto, tutti bardati



da “astronauti”, con gli occhi stanchi, angosciati dal numero sempre crescente dei malati e da una malattia sconosciuta. Loro che accudivano, confortavano i pazienti e riuscivano a far fare delle videochiamate ai parenti, a far sentire meno soli i pazienti con le loro maschere di ossigeno.

In pieno picco pandemico un collega medico di medicina generale mi chiede una visita per un suo paziente con le glicemie alte che non riesce a trovare un diabetologo. Chiamo la moglie da alcuni giorni in terapia corticosteroidica e glicemia in farmacia non rilevabile. Passo di corsa in ambulatorio, prendo mascherina, calzari, tutti i campioni di strisce reattive avanzati, chiamo il collega per prescrivere insulina rapida e lenta. Vado a casa del paziente. Cerco di muovermi senza toccare nulla, glicemia non rilevabile, disidratato. Assolutamente rifiuta di andare in Pronto Soccorso, troppa paura del COVID. Lo faccio bere litri di acqua, insulina lenta, insulina rapida ogni tre ore, integratore di potassio e magnesio. Alle 7.00 del mattino 530 di glicemia, bene. Tre anni prima era stato rianimato in treno.

E poi, finalmente dopo quasi tre settimane dal *lockdown* totale le sirene delle ambulanze hanno iniziato a diradersi. Ricordo che è successo intorno alle 12 del mattino, mentre dimettevamo alcuni pazienti per fare spazio ad altri, mi sono fermata un attimo e sono rimasta ad ascoltare... silenzio, niente sirene. Una sensazione di pace. La sensazione di cominciare a uscire dall’onda, di vedere il cielo azzurro, i morti in diminuzione, non più i risvegli notturni. La diminuzione dei ricoveri, pazienti che diventavano negativi, la possibilità di non doversi scalfare per visitare i pazienti. L’euforia dell’ultimo paziente COVID dimesso il 12 giugno: il canto e la danza delle infermiere mentre igienizzavano gli armadi dei farmaci. Immagine che porterò per sempre con me, nel mio ambulatorio che finalmente riaprirà. Tante emozioni: incredulità, angoscia, empatia, solidarietà, euforia, ma mai paura. Mi rendo conto di non aver mai avuto paura perché essere lì mi ha consentito di conoscere il “nemico” e se lo conosci sai come affrontarlo: mascherina, gel, disinfettante e...distanziamento. Da domani Fase 2. ❏



# Il rapporto sulle morti nelle RSA di Milano e provincia

L'ATS Città Metropolitana di Milano ha condotto un'attività di raccolta e di analisi dei dati sulle residenze sanitarie e le strutture ospedaliere post acuzie, i contesti assistenziali maggiormente interessati dalla pandemia, sia in termini di infezioni negli ospiti e nel personale sia in termini di decessi

**IL RAPPORTO** quantitativo sui morti in RSA nella conurbazione milanese (Lodi compresa) è il primo rapporto di questo genere in Italia e prende in considerazione una rete costituita da 162 strutture<sup>1</sup>. L'altro documento disponibile è il rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità (versione finale del 5 maggio 2020) che riporta informazioni dichiarate dai gestori di una serie di RSA che hanno volontariamente aderito allo studio<sup>2</sup>. Ecco le principali conclusioni del *report* dell'ATS:

C'è stato un notevole eccesso di mortalità generale negli anziani nelle RSA nel periodo pandemico (primi 4 mesi 2020), pari a circa 2.500 morti in più rispetto all'atteso (2,5 volte in più) ma del tutto proporzionale a quello degli anziani che vivevano al proprio domicilio

Non è al momento possibile dire con esattezza quanti sono stati i morti positivi a COVID-19 sul totale, ma le stime vanno dal 26% dei decessi in casi accertati al 59% dei decessi in casi sospetti

Mentre a gennaio 2020 si è registrato un modesto difetto di mortalità rispetto agli anni precedenti, nei mesi successivi si è passati a un eccesso, sempre più marcato fino alla fine di aprile (giungendo a 4 volte più dell'atteso)

L'eccesso dentro le case di riposo ha colpito l'area metropolitana milanese in modo eterogeneo, incidendo maggiormente sul versante sud-ovest e in particolare la zona Lodi-Codogno. Milano città è stata colpita molto meno dell'*hinterland*

Gli ospiti *over 70* delle RSA sono ovviamente molto più fragili dei coetanei che vivono al proprio domicilio (tassi di mortalità in periodo pre-COVID-19: 119,5 vs 47,4 per mille!)

Nei primi 4 mesi 2020, la mortalità è comunque aumentata di più fra gli anziani ospitati nelle case di riposo che fra gli anziani residenti a casa loro (da 119,5 a 270,8 per mille vs da 44,4 a 73,3 per mille; vale a dire un aumento 2,2 volte rispetto a un aumento di 1,5 volte)

I livelli di mortalità nelle RSA rispetto alla mortalità totale in questa parte d'Italia sono simili a quelli di altri Paesi (41% del totale nelle RSA del milanese rispetto a 45% in Svezia, 50% in Francia, 51% in Belgio, 61% in Norvegia, 66% in Spagna)

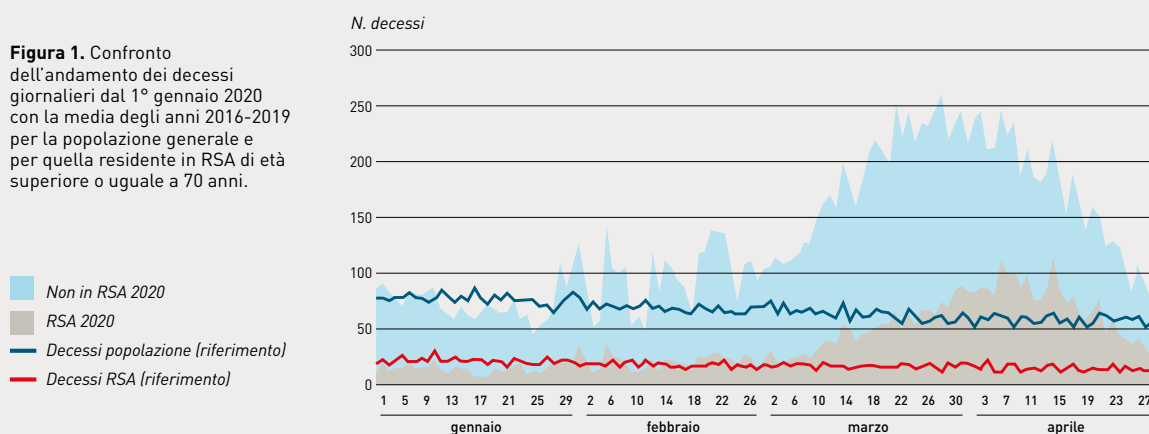
	1 gennaio-30 aprile	marzo	aprile	1 marzo-30 aprile
Periodo di riferimento (2016-2019)	2.180	529	462	991
2020	4.754	1.504	2.153	3.657
Differenza	2.574	975	1.691	2.666
<b>Rapporto osservati/attesi</b>	<b>2,18</b>	<b>2,84</b>	<b>4,66</b>	<b>3,69</b>
Differenza %	118%	184%	366%	269%

**Tabella 1.** Distribuzione dei decessi osservati e attesi e del rapporto osservati/attesi (anni 2016-2019 vs 2020).

Entrando nel dettaglio si legge che gli ospiti delle 152 RSA nel territorio dell'ATS sono 18.531. Le zone dove si concentra il maggior numero di residenti nelle RSA sono la città di Milano (il 38% delle strutture e il 45% degli ospiti), seguita dal Distretto Ovest e dal Distretto di Melegnano-Martesana. La gran parte dei residenti (18.163, il 98%) ha più di 65 anni. In questa popolazione, l'ATS di Milano ha stimato che a fine aprile ci sia stato un eccesso di circa 2.500 decessi rispetto alla media degli ultimi 5 anni (Tabella 1). Nelle RSA è accaduto quanto successo nella popolazione generale, anche se con un lieve ritardo e in proporzione maggiore: le analisi mostrano un inizio anno favorevole, i decessi sono sotto la media fino alla prima settimana di marzo, poi salgono fino a superare abbondantemente la media di circa 20 decessi al giorno degli anni precedenti e raggiungono un picco durante la seconda settimana di aprile, una settimana dopo il picco di decessi osservato nella popolazione generale con più di 70 anni (Figura 1). Se per la popolazione generale sopra i 70 anni il tasso di mortalità è passato dal 47 per mille (media 2016-2019)

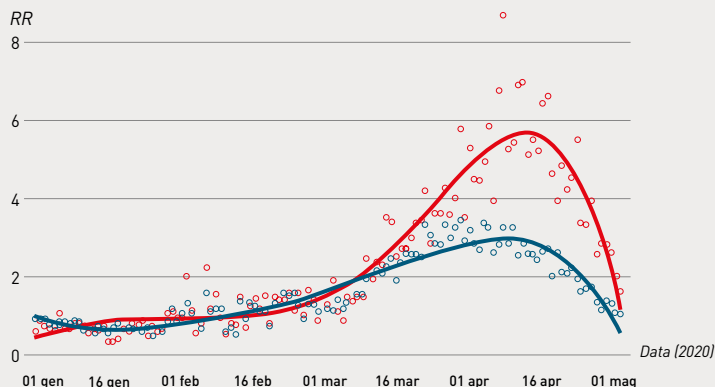
al 73 per mille, nella popolazione delle RSA il tasso è più che raddoppiato passando dal 120 al 270 per mille. Segno, da un lato, che la popolazione anziana ospitata nelle RSA ha una probabilità di morire molto più alta rispetto ai coetanei che vivono al proprio domicilio anche negli anni pre COVID-19 (47 rispetto a 120 per mille), dall'altro che anche nei primi 4 mesi di quest'anno, in piena pandemia, la mortalità degli ospiti delle RSA è comunque aumentata di più che nei coetanei fuori dalle case di riposo (2,2 volte rispetto a 1,5 volte): in media nei precedenti 5 anni il 20% dei decessi degli *over 70* è avvenuto nelle RSA, nel 2020 la percentuale è salita al 30%. La Figura 2 mostra l'andamento del rapporto fra decessi osservati e attesi a partire da inizio anno per la popolazione generale sopra i 70 anni e per la popolazione dei residenti nelle RSA: fino al 15 febbraio non c'è eccesso, poi fino al 15 marzo si osserva un aumento simile per la popolazione generale e per i residenti nelle RSA. A partire dal 15 marzo il rapporto tra decessi osservati e attesi cresce molto di più per la popolazione delle RSA, fino a diventare il doppio

**Figura 1.** Confronto dell'andamento dei decessi giornalieri dal 1° gennaio 2020 con la media degli anni 2016-2019 per la popolazione generale e per quella residente in RSA di età superiore o uguale a 70 anni.



—○— Popolazione  
—○— RSA

**Figura 2.** Confronto dell'andamento del rapporto dei decessi giornalieri osservati e attesi dal 1° gennaio al 30 aprile 2020 per la popolazione generale e per quella residente in RSA di età superiore o uguale a 70 anni. Il rapporto presenta l'eccesso di mortalità come rapporto tra decessi giornalieri osservati e decessi attesi: se il rapporto è uguale a 1 non c'è eccesso, se è maggiore di 1 c'è eccesso di morti osservati. I cerchi sono i dati reali, la curva è il fit dei dati.



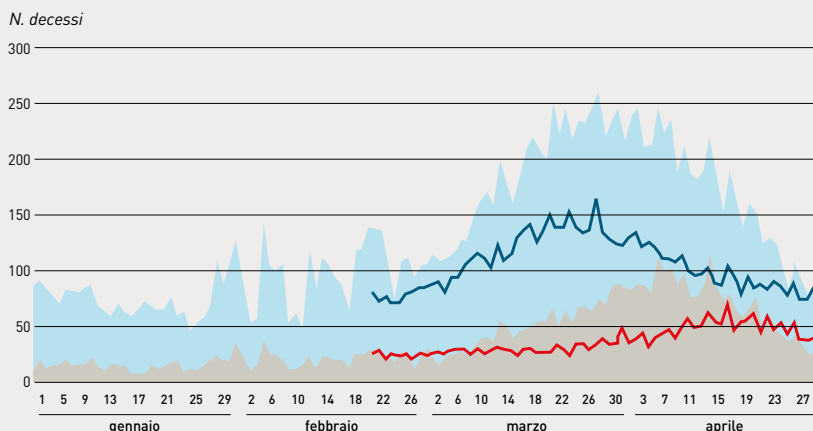
rispetto al rapporto osservati attesi della popolazione generale intorno alla seconda settimana di aprile. Questo eccesso di mortalità può essere attribuito in gran parte a COVID-19: l'ATS Milano sospetta che circa il 60% delle morti avvenute tra gennaio e aprile nelle RSA sia attribuibile a COVID-19, a fronte di un 26% certificato dai tamponi. È probabile che soprattutto a marzo molti decessi nelle RSA non siano stati attribuiti a COVID-19, mentre a mano a mano che sono aumentati i test nelle RSA, sono aumentati anche i decessi attribuiti a COVID-19 (Figura 3).

Cosa ha determinato questi grandi numeri? Anzitutto la rapida diffusione del virus, che ha causato un anticipo di morti che si sarebbero verificate nelle settimane successive. Quindi l'ATS ascrive l'impatto di COVID-19 alla particolare struttura demografica delle RSA: "prolungamento della sopravvivenza media che ha prodotto il concentrarsi in queste strutture di persone molto anziane affette da molteplici patologie di tipo cronico degenerativo con progressivo aumento dei bisogni di tipo sanitario rispetto a quelli di tipo meramente assistenziale".

Tuttavia parte dell'impatto di COVID-19 è dovuto anche alle caratteristiche delle strutture di ricovero: "Il moltiplicarsi e il complicarsi dei bisogni di cura di questi soggetti non sempre è stato accompagnato da un adeguamento delle caratteristiche funzionali e strutturali di queste residenze". In particolare sono mancate "condizioni di isolamento respiratorio che sarebbero state necessarie per impedire la diffusione tra gli ospiti". Anzi, una delle caratteristiche che danno valore alle residenze per gli anziani è la capacità di tenergli ospiti attivi socialmente anche attraverso frequenti contatti con l'esterno: una caratteristica diventata una porta di ingresso per COVID-19. ■

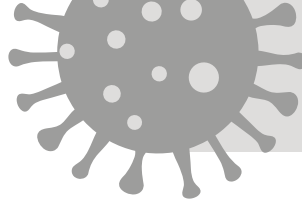
### Bibliografia

- 1 Regione Lombardia – ATS Milano Città Metropolitana. [Valutazione dell'epidemia COVID-19. Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia COVID-19 nei residenti delle RSA.](#)
- 2 Istituto Superiore di Sanità (ISS). [Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socioassistenziali. Report finale, 5 maggio 2020.](#)



**Figura 3.** Confronto dell'andamento dei decessi giornalieri dal 1° gennaio 2020 tra popolazione generale e residenti in RSA e nei casi COVID-positivi della popolazione generale e dell'RSA nel periodo della pandemia.

■ Non in RSA 2020  
■ RSA 2020  
— Decessi COVID popolazione  
— Decessi COVID RSA



# Una lunga notte in RSA

Contributo di **Enrico Ceriani**

Medico chirurgo in RSA  
Milano

**U**na riflessione dopo l'ultima notte in RSA. Sono le 18.30 ed è ora di cenare. È presto, lo so, ma poi non c'è più tempo. L. mi raccomanda di stare attento: "Cambiati subito appena arrivi, metti la mascherina, i doppi guanti, la tuta protettiva..." "Sì, sì..." che rottura penso. Finalmente vado, fuggo con la moto, la visiera aperta per avere una sferzata di aria fresca sul volto dopo la giornata casalinga. Il portiere mi apre il cancello e mi informa dove si trova il mio collega che mi sta aspettando con una faccia tirata e stanca. Mi passa un pizzino con le consegne; non è proprio un pizzino è un elenco con nomi e problemi: febbre, terminale, agitato, respira male, saturazione bassa, anurico... E poi scappa fuori alla ricerca di un po' di aria fresca.

Mi cambio e metto tutte le protezioni. Si respira male con queste maledette mascherine, viene spesso il bisogno di fare dei profondi respironi, spesso... Cerco il mio infermiere, la mia guida e braccio destro: io lo sono per lui. Insieme andiamo, di letto in letto, a somministrare terapie, controllare parametri, misurare saturazioni di ossigeno, frequenze cardiache e respiratorie di questi poveri corpi, di queste persone che giacciono nei loro letti, soli.

Nessuno può più entrare a trovarli. Manca completamente l'affetto. Per tutelarli li lasciamo soli e soli muoiono. Gli ospedali non li accettano. Non sanno dove metterli. Il 118 non accetta di trasferirli. In Regione hanno tagliato negli ultimi 30 anni tutto il tagliabile e anche

di più. Reparti, letti, personale, strumenti: però hanno creato l'eccellenza lombarda! Poi non contenti hanno privatizzato... E adesso raccogliamo le macerie: manca tutto e di tutto. Mancano le mascherine protettive, per cui muoiono infermieri e medici; mancano i respiratori e i letti nei reparti di terapia intensiva e muoiono i pazienti. Altri muoiono a casa senza assistenza. Qui nelle RSA poi è una ecatombe. E dovremmo anche ringraziarli per avere per 30 anni, dai tempi del "Celeste", tagliato e svenduto la sanità e poi aver regionalizzato il diritto alla salute.

Dopo un'ora il primo morto, A. Sono le 23.00 e la notte è lunga: il suo cuore e i suoi polmoni non hanno più retto alla fatica, allo sforzo di mantenere in vita quel povero corpo. Continuiamo il giro ma il pensiero va ai parenti, che li hanno portati qui, come in altre RSA, per cercare di dare una qualità agli ultimi giorni della loro vita, e invece sono qui soli. E soli muoiono. Che tristezza.

La notte è lunga, la mascherina è una rottura infinita ma serve, serve, purtroppo.

Alle due anche G. ci lascia; come sempre avverto i parenti. Un telefono che suona alle tre di notte non porta mai buone notizie; si percepisce il dolore e poi la solita domanda: "Cosa devo fare?". "Non lo so, chiami domani la direzione sanitaria che le darà indicazioni". Quali indicazioni? La camera mortuaria è piena di bare.

C. muore alle cinque; sua moglie era morta poche settimane fa. La figlia è disperata quando le telefono. Viene il magone a sentirla. La notte è quasi finita.

Tre morti in una notte sono abbastanza per non dover avviare una riflessione su cosa abbiamo fatto per arrivare a questa situazione. Tolgo la mascherina e aspetto il cambio con un pizzino in mano, un foglio con un elenco di persone e di problemi, che lascio alla mia collega. Esco e riprendo a respirare l'aria fredda del mattino. Neanche un caffè. È tutto chiuso. ❖

## Buon senso e fortuna

Contributo di Michele Piccolo

Geriatra e pneumologo  
Direttore Sanitario della RSA San Felice, Segrate

**A** tutt'oggi (31 maggio 2020) non abbiamo registrato alcun caso di positività per COVID-19, grazie a un po' di buon senso e tanta fortuna. Il buon senso è costituito dall'aver ridotto già a febbraio l'orario d'ingresso dei parenti. Dopo una settimana abbiamo "chiuso" completamente la struttura a visite esterne. Vi risparmio le critiche e le ingiurie ricevute allorché con la direttrice abbiamo comunicato questa decisione. Restiamo convinti del fatto che questa sia stata una delle carte vincenti a superare questo periodo di crisi: solo dopo qualche settimana i parenti ci hanno ringraziato per la decisione presa. Tuttora i familiari vedono i loro cari due volte alla settimana in videochiamata grazie al lavoro delle educatrici, in attesa che le RSA possano riaprire al pubblico. Inoltre, da più di tre mesi a questa parte chi fra il personale di servizio all'inizio del turno di lavoro presenta rialzo termico viene rispedito casa e gli altri si dividono i compiti. Alle 7.30 è complicato trovare sostituti per la giornata stessa.

# Uniti si vince, divisi si perde

Contributo di **Erika Maronati**

Internista in RSA

**V**i racconterò degli stati d'animo che mi hanno caratterizzato in questi ultimi tre mesi: senso di colpa, solitudine, abbandono, infine rabbia e desolazione.

Senso di colpa: all'inizio della pandemia avevo degli immensi sensi di colpa nel pensare ai colleghi in prima linea mentre io ero tranquillo in casa di riposo. Mi immaginavo colleghi di fronte a un'onda anomala, testa bassa dall'inizio alla fine del turno, senza tregua, senza forze. Mi chiedevo se non fosse il caso di offrirmi per dare una mano in mezzo alla battaglia piuttosto che nelle retrovie.

Poi sono iniziate le prime febbri in RSA, ed ecco il senso di solitudine e abbandono. Non avevo linee guida terapeutiche, per avere un tampone ho dovuto aspettare che le signore desaturassero e poterle così inviare in Pronto Soccorso; quindi, essendo i tamponi negativi, ho dovuto gestire tre ospiti sospette (con quadri polmonari di infezione e insufficienza respiratoria molto impegnativi), senza indicazioni ufficiali, ma grazie ai suggerimenti avuti da amiche/colleghe ospedaliere e agli anni di esperienza geriatrica accumulati. Premetto che il 24 febbraio abbiamo chiuso alle visite dei parenti, contro l'opinione di tutti. Solo un'ordinanza sindacale ci ha evitato inutili discussioni; infatti, sembrava eccessivo e da insensibili impedire ai parenti di entrare in RSA. In pochi avevamo realizzato che se fosse entrato il virus, sarebbe stata un'ecatombe. A metà maggio (con due persone in isolamento dai primi di marzo) finalmente siamo riusciti a fare tamponi a tutti i residenti: tutti negativi, non vi dico il pianto liberatorio!

Ed eccoci a oggi: gli ospiti che abbiamo salvato dal COVID-19, rischiamo di perderli per angoscia, depressione, per mancanza di contatti con i propri familiari (nonostante le videochiamate e le telefonate). Ci siamo presi la responsabilità di organizzare un breve incontro per ogni residente con un parente, all'aperto in giardino, a distanza di due metri, con DPI eccetera.

In questo momento sembra che manchi la capacità di programmare una ripresa, pur con cautela, mentre invece il mondo fuori fa un po' quel che vuole indifferente della sofferenza, della fatica, delle rinunce di chi in questi mesi ha dato anima e corpo.

Ed ecco la rabbia, di fronte a chi non dimostra attenzione, né sensibilità, nei confronti di chi sostiene che il *lockdown* non serviva, le mascherine non servivano, i morti non sono reali, non sono da COVID; ed ecco la desolazione rispetto al vuoto decisionale e di responsabilità che ci circonda.

Tralascio di parlare della tristezza per la caccia alla streghe che si è scatenata nel momento in cui, di fronte al numero di decessi, ci si è accorti dell'esistenza delle RSA, del triste gioco dello scarica barile.

Prima inesistenti, invisibili, dimenticati, ora sotto i riflettori, sezionati e bloccati per paura, per non prendersi responsabilità, incatenati in un mare di vincoli e passaggi. Ancora soli e non compresi, oggi più che mai si denota come vi sia totale mancanza di conoscenza della realtà delle RSA. ❖

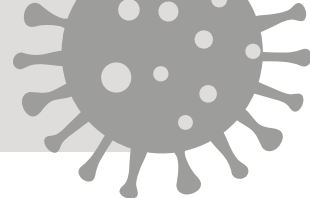
Altro fattore essenziale, secondo me, è che gli infermieri e gli operatori sanitari assunti nella nostra RSA lavorano solo a San Felice: parlando con i colleghi di altre strutture, uno degli elementi che ha accelerato la diffusione del virus è stato il fatto che molte persone lavorassero in più strutture.

L'azienda ha provveduto a fornirci tutti gli ausili (mascherine, guanti, gel disinfettante, eccetera) necessari e continui mini corsi di aggiornamento sulla prevenzione e sulla situazione della pandemia, da parte della direttrice, della caposala e del sottoscritto.

Da marzo i nuovi ricoveri provenienti da altri ospedali sono stati accettati solo con l'esito del tampone negativo e da circa due mesi mi reco personalmente a casa di anziani che fanno richiesta di ricovero: porto i tamponi in ospedale e appena arriva l'esito procediamo all'ingresso in struttura. Non solo: tutti i nuovi ricoverati trascorrono un periodo di quarantena di 14 giorni e solo al termine delle due settimane inizia la comunità con gli altri ospiti.

Infine, tutte le attività sono state organizzate con la dovuta distanza di sicurezza e in piccoli gruppi: ristorante, fisioterapia, messa, rosario, animazione, eccetera.

Spero che il mio modesto contributo possa essere utile. ❖



## Un grande lavoro con pochi mezzi

Contributo di **Serena Sarra**

Geriatra di RSA  
Melegnano

**E**ra il 5 marzo. Ricordo quel giorno come se fosse ieri e allo stesso tempo sembra lontano un secolo. Ero di guardia in RSA e la caposala mi chiamò, esordendo con un laconico "Ci siamo". Due parole che dicevano già tutto. Una paziente aveva la febbre. La saturazione era adeguata con il supporto di pochi litri di ossigeno e l'obiettività polmonare mostrava fini crepitazioni alle basi. In altri tempi, poteva essere una qualsiasi altra infezione polmonare. E speravo tanto che lo fosse, nonostante tutto. Prescrissi una terapia antibiotica e richiesi gli esami ematici, dando disposizioni per l'isolamento. Il giorno successivo un'altra paziente ebbe febbre e dispnea, e tre giorni dopo una dozzina di altre pazienti manifestarono gli stessi sintomi. "Ci siamo".

Fu solo l'inizio. Nei giorni successivi, ci fu un'esplosione di casi in tutta la struttura. Focolai epidemici si accendevano ovunque, mentre forsennatamente cercavamo di arginare i contagi isolando i pazienti sintomatici. Rivivo nella mente quei giorni, impegnati a spostare letti e riorganizzare i reparti, a visitare ogni giorno decine di pazienti, tutti con gli stessi sintomi. Non c'erano tamponi a disposizione delle RSA in quelle prime lunghissime settimane di pandemia, ma la diagnosi abbiamo imparato a farla lo stesso. Riaffiorano le emozioni di quei giorni, ora quasi surreali.

L'impotenza. Ricordo la frenesia mentre cercavamo di fermare la

piena di un fiume con le mani. Disarmati di fronte a una malattia sconosciuta, abbiamo perso il sonno leggendo e studiando i protocolli di terapia "rubati" agli ospedali: empirici, a volte contraddittori, ma meglio di niente. Isolavamo i pazienti, seppur consapevoli che a poco sarebbe servito, perché l'effetto domino era già innescato e ormai fuori controllo.

La stanchezza. Bardati da capo a piedi, irriconoscibili, sudati e stanchi nei turni interminabili di lavoro, tutti abbiamo saltato i riposi per far fronte alle necessità dei pazienti e alla carenza di personale. Sembra assurdo, ma l'estrema stanchezza di quei giorni è stata salvifica per me, perché compensava la frustrazione dandomi la consolazione che, se non altro, ce la stavo mettendo tutta.

La paura. Ricordo una sera terribile: sussultai nel mio studio, sentendo un urlo provenire dal reparto. Corsi trafelata e vidi un'ausiliaria accasciata sulla sedia, in lacrime e con il viso quasi trasfigurato. Aveva appena saputo che una sua collega, come lei non più giovanissima ma neanche vecchia, era deceduta in ospedale per insufficienza respiratoria. In quell'urlo straziante c'era sicuramente tanto dolore per la collega, ma c'era soprattutto la paura di fare la stessa fine. E questo la rendeva inconsolabile.

La tristezza. In pochi mesi si sono ammalati molti pazienti e tanti di loro non ce l'hanno fatta, nonostante tutti i nostri sforzi. Come geriatri,

siamo abituati a gestire i casi cronici complicati e siamo anche consapevoli che non si può curare – né tantomeno guarire – tutto. Ma fino alla fine noi siamo lì, accanto al paziente, per cercare di farlo stare meglio, anche accompagnandolo con le cure palliative nell'ultimo pezzetto di vita. Ma una cosa è la cronicità, altra cosa è un'infezione acuta per la quale eticamente dobbiamo e vogliamo agire con gli strumenti giusti.

La solitudine. Mentre osservavamo il meraviglioso lavoro dei colleghi in ospedale, commossi e riconoscenti per il loro impegno nel cercare di salvare le vite dei nostri amici malati, ci chiedevamo se qualcuno si stesse accorgendo del lavoro che anche noi, nel nostro piccolo, stavamo facendo in RSA, impegnati a evitare che i nostri anziani pazienti soccombessero all'infezione e alle sue complicanze. Lasciati soli a gestire la "nostra" emergenza, con i pochi mezzi a disposizione, abbiamo fatto davvero un gran lavoro.

La delusione. L'orgoglio per il nostro operato si è però improvvisamente trasformato in delusione, schiacciato dalla gogna mediatica sulle presunte *malpractice* in RSA. Dopo settimane di oblio, il mondo si era a un certo punto ricordato delle RSA, ma non per riconoscerle come luoghi di cura e finalmente supportarle, bensì per metterle sul banco degli imputati. Ma questa è tutta un'altra storia. Travolti da un tornado incontenibile che ci investiva da più fronti, ci siamo aggrappati per settimane a un "andrà tutto bene" pieno di speranza e di malinconia insieme. Perché sapevamo benissimo che "non sarebbe andato tutto bene". E, ora che la tempesta è passata, è una magra consolazione constatare che, tutto sommato, poteva anche andare peggio.

La resilienza. Ma siamo sopravvissuti e andiamo avanti, a testa alta, più forti e consapevoli di prima. ✘



# Debolmente positivi: realtà o illusione?

I tamponi orofaringei, pressoché sconosciuti ai non addetti ai lavori prima della pandemia, continuano a far parlare di sé. Nelle ultime settimane si è acceso il dibattito sull'interpretazione delle deboli positività

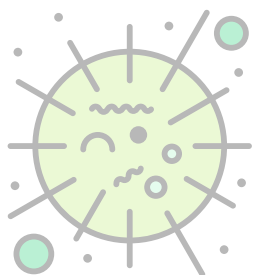
**POCHI** morti, da infezioni maturate nei mesi scorsi. Pochi accessi al Pronto Soccorso per COVID-19, la cui diagnosi è spesso incidentale in pazienti ricoverati per altri motivi. A sentire gli ospedali, la malattia sembra evaporata. A questi si aggiungono altri segnali sulla dinamica dei contagi, che a un mese e mezzo dalla riapertura resta sotto la soglia 1 di Rt in tutta Italia.

Il direttore dell'Istituto Mario Negri Giuseppe Remuzzi in una intervista al *Corriere della Sera*<sup>1</sup> ha messo in fila questi fatti aggiungendone un altro, che potrebbe spiegare in parte questa apparente remissione dell'epidemia: da una serie di *screening* condotti sui ricercatori del Mario Negri e della Brembo risultano solo tamponi debolmente positivi, probabile segno di un affievolimento, o addirittura scomparsa, dell'infezione. Segnali simili provengono dal Veneto,<sup>2</sup> ancorché contrastati dal virologo Crisanti.<sup>3</sup> L'ipotesi, espressa da Remuzzi con la consueta chiarezza, ha suscitato consensi e perplessità. Vediamo perché.

## DEBOLE POSITIVITÀ

Si definisce "debolmente positivo" un tampone che per vedere tracce dell'RNA virale deve essere amplificato un numero molto alto di volte. Remuzzi riferisce che la positività nei tamponi dello studio del Mario Negri emergeva solo dopo 34-38 cicli di amplificazione. Ma più si amplifica, più il segnale si fa debole e incerto, facendo pensare a tracce di RNA virale ormai residuali e inattive. Niente infezione, insomma. La questione è ora all'attenzione della cabina di regia del Sistema Nazionale di Monitoraggio, che, come mi spiega uno dei suoi componenti, Vittorio Demicheli, sta appunto considerando di abbassare la soglia di positività, quindi il numero dei cicli di amplificazione, per non prendere come veri positivi persone con tracce di RNA che messe in coltura non sarebbero in grado di replicarsi.

Il tampone nasofaringeo, si sa, non è il massimo dell'accuratezza. Essa varia dal 45 al 60% e dà risultati più affidabili nella prima settimana dall'esordio dei sintomi. Una debole positività però potrebbe anche indicare una procedura non corretta nell'effettuazione del tampone, oppure un tampone eseguito su un infetto in via di guarigione, o ancora un tampone eseguito su un infetto asintomatico destinato a restare tale o ad ammalarsi. Non



si può escludere, peraltro, che un asintomatico sia in grado di infettare altre persone.

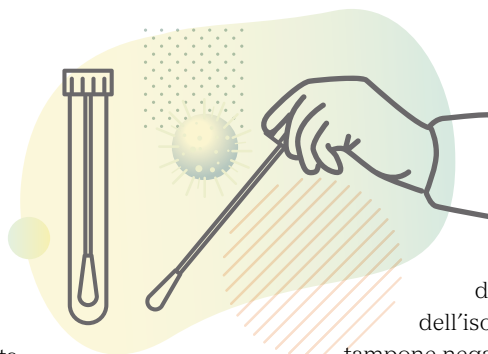
Che dire allora di questi tamponi debolmente positivi? È lecito basarsi sulle opinioni rilasciate in una intervista senza solide prove che un tampone con poca carica virale possa considerarsi innocuo?

In realtà esistono studi che dimostrano che una bassa carica virale possa indicare una non infettività. Il primo di questi studi è stato pubblicato il 1° aprile sulla rivista *Nature* a firma di uno dei più importanti virologi del mondo, Christian Drosten della Charité di Berlino e colleghi di Monaco e Cambridge.<sup>4</sup> Sotto le 100.000 copie di RNA virale per millilitro di espettorato, il rischio residuo di infettività è da considerarsi minimo. Un paziente con almeno 10 giorni di sintomi e con questa quantità di RNA virale, dicono i ricercatori, può esser dimesso senza particolari preoccupazioni.

#### LE NUOVE INDICAZIONI DELL'OMS

È anche sulla base di questo studio che il 17 giugno l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha aggiornato le raccomandazioni sull'uso del tampone<sup>5</sup> indicando che a tre giorni dalla risoluzione dei sintomi e almeno 13 giorni di isolamento un paziente con COVID-19 può essere "liberato" anche senza conferma di negatività da tampone, poiché il rischio di infettare va a quel punto considerato trascurabile. Testualmente: "Sulla base di prove che dimostrano la rarità del virus che può essere coltivato in campioni respiratori dopo 9 giorni dall'insorgenza dei sintomi, specialmente in pazienti con malattia lieve, di solito accompagnata da livelli crescenti di anticorpi neutralizzanti e da una risoluzione dei sintomi, sembra sicuro liberare i pazienti dall'isolamento sulla base di criteri clinici che richiedono un tempo minimo di isolamento di 13 giorni, piuttosto che strettamente sui risultati ripetuti della PCR. È importante notare che i criteri clinici richiedono che i sintomi dei pazienti siano stati risolti per almeno tre giorni prima del rilascio dall'isolamento, con un tempo minimo di isolamento di 13 giorni dall'insorgenza dei sintomi".

Rischio trascurabile non vuol dire nullo. Quindi, come ricorda l'OMS nella nuova linea guida, il rilascio anche senza tampone riguarda soprattutto chi ha avuto la malattia



in forma non grave, e soprattutto in contesti dove il prolungamento delle degenze e

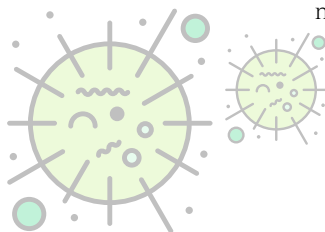
dell'isolamento in casa fino a tampone negativo distrairebbe risorse

importanti ai casi più gravi. Questo vuol dire che in un paese come l'Italia, in fase calante dell'epidemia, si debba continuare a tamponare tutti a oltranza? Non si rischia in questo modo di avviare una pericolosa spirale di sovradignosi che carica inutilmente il sistema – e la pazienza delle persone – di falsi positivi, costringendo alcuni a lunghissime e inutili quarantene?

Su questo punto il Veneto ci dà un insegnamento importante. Nei giorni scorsi Roberto Rigoli, primario del reparto di Microbiologia dell'Ospedale di Treviso, ha segnalato il ricorrere di tamponi debolmente positivi assai dubbi alla presenza del governatore Zaia, e per questo si è attirato le ire di Crisanti. Passata la buriana, Rigoli accetta di tornare con me sulla questione dal Pronto Soccorso dell'ospedale: "Quello che si vede qui in Pronto Soccorso ci indica quanto siano insidiosi questi tamponi debolmente positivi. Capita per esempio che si presentino persone che hanno già fatto COVID, che sono state dimesse con tampone negativo, confermato da altri tamponi negativi, a cui però ha fatto seguito un tampone debolmente positivo, magari anche accompagnato da sintomi come difficoltà respiratorie. Come interpretare un caso di questo genere? Come un nuovo caso positivo?" si domanda Rigoli. "Il dato di laboratorio va sempre letto alla luce della clinica. Può essere infatti che il paziente sia un asmatico, e che per la precedente infezione di COVID abbia avuto una fibrosi polmonare. Normale quindi che abbia affanno, ma questo non significa che sia di nuovo infetto. I casi in cui a tamponi negativi seguono tamponi positivi solo ad alti cicli di amplificazione non sono rari e, se mal interpretati, costringono persone sane a nuove quarantene, dannose per loro e per la società. D'altra parte, non è vero – come dicono alcuni – che non abbiamo modo di controllare a livello sperimentale tali risultati: ogni nuovo tampone positivo, anche se debole, viene infatti da noi segnalato al sistema regionale, che individua immediatamente i contatti stretti del nuovo 'caso'. Ma se questi contatti, come

quasi sempre accade, non si infettano a loro volta, qualcosa questa osservazione vorrà pur dire".

La risposta alla prima questione posta





dall'articolo di Remuzzi è che l'infettività del nuovo coronavirus, come di tutti i virus, dipende dalla dose. È del tutto ragionevole quindi immaginare di ridefinire le soglie di positività dei tamponi e di farne uno strumento da usare in modo più appropriato in termini di sanità pubblica. Evitando, in nome di un malriposto accanimento diagnostico, l'aumento sconsiderato di falsi positivi.

### I NUOVI CASI SONO NUOVI CASI?

Veniamo a un'altra questione cruciale: quanti sono i tamponi debolmente positivi sul totale dei tamponi che ogni giorno ci vengono comunicati come "nuovi casi positivi"? Effettivamente non sono pochi. Considerando la Lombardia, responsabile della grande maggioranza dei nuovi casi giornalieri registrati in Italia nelle ultime settimane, da metà a due terzi dei tamponi sono risultati debolmente positivi. Alla luce di tutto questo si può continuare ad affermare che i "nuovi casi" sono davvero tutti nuovi casi? Per esempio, dei 224 nuovi casi dichiarati dall'Italia il 21 giugno (128 in Lombardia) quasi metà sono frutto di tamponi eseguiti dopo test sierologico positivo su persone che si sono ammalate nella prima metà di maggio, quindi vecchi casi con un (dubbio) residuo di positività. Come mi spiega Antonio Russo, responsabile della epidemiologia della ATS Milano, "un sierologico positivo, seguito da un tampone debolmente positivo, è un soggetto che ha fatto la malattia e che è ormai sulla via della guarigione, e che probabilmente non è in grado di infettare nessuno. Lo stesso si può dire per un sierologico positivo seguito da un tampone positivo, perché attualmente i sierologici li fanno i casi sintomatici e i contatti stretti prima dell'11 maggio. Dall'11 maggio tutti i sintomatici, e tutti i contatti stretti dopo i 14 giorni di quarantena obbligatoria, fanno un tampone. Quindi, in Lombardia, ci sono meno casi con un vero potenziale infettivo di quelli dichiarati, mentre si continuano a osservare decessi della coda della prima ondata". Quindi, dei "nuovi casi" catturati dal sistema di tracciamento, almeno la metà non sono nuovi casi, o perché falsi o perché vecchi. Purtroppo le campagne di test sierologici non fanno che aumentare la confusione. "I test sierologici fanno parte di una strategia se vengono eseguiti per misurare la proporzione di popolazione che ha avuto la malattia per stimarne la prevalenza e quindi pianificare

azioni di sorveglianza differenziata; per identificare gli operatori sanitari immuni da fare rientrare al lavoro con qualche garanzia in più; e per definire potenziali problemi nella fase di vaccinazione massiva", continua Antonio Russo. Attualmente, invece, in molte parti d'Italia sembrano prevalere i test proposti dai sindacati con *kit* diversi e spesso dalle caratteristiche non note, o direttamente da medici di medicina generale e ambulatori privati che li fanno a pagamento al di fuori di qualsiasi strategia di sanità pubblica.

Ci muoviamo insomma nella nebbia di dati incerti, e in questa nebbia c'è chi scorge, non del tutto a torto, come Remuzzi, motivi di speranza. E altri, non del tutto a torto, motivi di cautela.

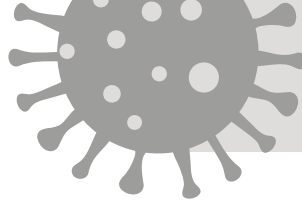
### APPUNTAMENTO IN AUTUNNO

D'altronde è lo stesso Henri P. Kluge, direttore della Regione Europea dell'OMS, a riconoscere nella sua conferenza stampa del 18 giugno<sup>6</sup> questa incertezza che ancora circonda COVID-19. Kluge fotografa una situazione in cui in molte parti del mondo la pandemia è ancora in crescita, mentre l'Europa conta il 31% dei casi e il 43% dei morti totali. In particolare, nell'ultimo mese, dopo un calo dei casi in molti dei Paesi europei, il numero è ricominciato a crescere a un livello attuale di circa 20.000 casi al giorno.

"Il *lockdown* e il distanziamento sociale ci hanno fatto guadagnare tempo" ha spiegato Kluge. "Dove possibile, dobbiamo cogliere l'opportunità per rafforzare la preparazione e la capacità di risposta dei nostri servizi di emergenza e del nostro sistema sanitario. Ciò significa sperare per il meglio ma prepararsi al peggio di una probabile ripresa di COVID-19 nei nostri Paesi. Come dice il detto popolare, in autunno conteremo i nostri pulcini, ma questo dipende da come ci comportiamo ora". ■

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Corriere della Sera. [Coronavirus, Remuzzi: «I nuovi positivi non sono contagiosi, stop alla paura»](#). 19 giugno 2020.
- <sup>2</sup> Corriere del Veneto. [Coronavirus in Veneto, lo studio: «Il virus? Ora è debole e poco contagioso»](#). 20 giugno 2020.
- <sup>3</sup> Corriere del Veneto. [Crisanti: «Coronavirus più debole: solo chiacchiere, non è scienza»](#). 21 giugno 2020.
- <sup>4</sup> Wölfel R, et al. [Nature 2020;581:465-9](#).
- <sup>5</sup> OMS. [Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation](#). 17 giugno 2020.
- <sup>6</sup> OMS, Regione Europea. [Statement – Preparing for the autumn is a priority now at the WHO Regional Office for Europe](#), 18 giugno 2020.



## Le ombre pulsanti

Contributo di **Geltrude Consalvo**

MMG

Le tristi storie di malati certi e presunti si stratificano nella mente e nei racconti, identificate e incasellate in un portale. Cerco di capire e trasformare le parole in sintomi attraverso telefonate speranzose, dividendo così in due l'umanità. Il carico delle decisioni e delle preoccupazioni fa abbassare lo sguardo e le tante incomprensioni lo riempiono di rabbia. Cerco il supporto delle regole, ma tutto è confuso e mi confonde, mentre provo, sempre e comunque, a fare del mio meglio, quel meglio che il Sistema mi concede. Faccio tanta fatica a trascinare il masso che mi scivola ogni volta lontano e svuotata di energia mi ritrovo al punto di partenza, in una sorta di dipendenza dal carico insensato. Abituata ad una timida curiosità, adesso conviene non fare domande, non pensare al fine e al senso dell'agire. "Niente sarà più come prima" ed è vero se penso al sorriso dei colleghi che non sorrideranno più. Io sono rimasta nei luoghi che loro mai più visiteranno... Il loro camice resta appeso e vuoto con le pieghe del tempo e mentre io indosso il mio sento i loro respiri affannosi tra le carte, derivante dalla tanta dedizione avuta. Rinascere dalle loro ceneri è l'unico modo per dare dignità alla loro triste fine, silenziosa, senza gloria, senza tanta pubblicità. Noi non dimenticheremo di averli conosciuti, non abbiamo bisogno che qualcuno ci parli delle loro passioni, delle loro battaglie quotidiane, quelle continuano a vivere nelle nostre anime e dovrebbero guidare le nostre scelte future. È per questo che il prima non sarà più possibile, perché adesso le loro ombre sono pulsanti del nostro ritmo...

## Tempi duri in odontoiatria

Contributo di **Antonio Carassi**

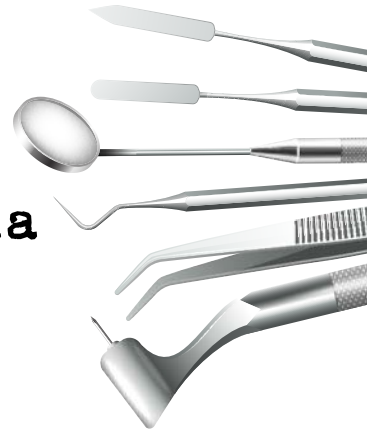
Odontostomatologo  
Milano

La pandemia da COVID-19 ha colpito con estrema durezza il nostro Paese. La nostra Sanità si è trovata ad affrontare, in particolar modo in Lombardia, Piemonte e Veneto, quello che da molti è stato definito uno tsunami. Gli interventi, le analisi, gli studi in campo sanitario si sono, conseguentemente, concentrati sui dati e sulle attività collegati in modo diretto alla pandemia, marginalizzando temporaneamente altre problematiche sanitarie.

L'odontoiatria sia privata sia pubblica vive un periodo estremamente complesso e difficile conseguente alla pandemia, anche considerando che stanti le caratteristiche del *setting* odontoiatrico, il rischio di infezione crociata tra paziente e odontoiatra è elevato. Gli ambulatori dentistici privati non hanno anche nel *lockdown* ricevuto indicazioni nazionali che ne suggerissero la riduzione delle attività o la chiusura temporanea, come accaduto in altri Paesi per esempio la Spagna, il Regno Unito, l'America che hanno suggerito agli iscritti agli albi professionali di effettuare solo terapie d'urgenza. Molti studi, autonomamente hanno ridotto le attività alle prestazioni indifferibili e altri sono stati chiusi per alcune settimane e hanno ripreso a operare solo recentemente, aderendo per quanto possibile alle recenti linee guida. Tutti, comunque, si sono scontrati con il problema del difficilissimo approvvigionamento di DPI, problema ancora oggi non risolto. L'odontoiatria si modificherà come effetto di questa pandemia.

Il 53% dei dentisti italiani ha più di 55 anni e circa il 20% ha più di 65 anni; non è da escludersi che molti colleghi, stante le oggettive difficoltà, i rischi e la prevista e significativa riduzione di fatturato per il 2020 e il 2021 considerino di cessare anticipatamente la loro attività e di chiudere lo studio. Questi studi privati non saranno rilevati dai giovani neolaureati: troppo complesso e costoso l'avvio di un'attività libero professionale autonoma.

Io dirigo una delle nove Unità Operative Odontoiatriche di Regione Lombardia, per l'esattezza la Scuola di Odontostomatologia II dell'Ospedale San Paolo di Milano. Siamo una struttura molto conosciuta in particolar modo per la diagnosi e il trattamento delle patologie delle mucose orali, per il trattamento dei disabili e dei bambini. Seguendo le indicazioni regionali e della direzione del nostro ospedale abbiamo, durante i mesi di COVID-19 sospeso tutte le attività ambulatoriali, con l'eccezione di quelle indifferibili, mantenuto le prestazioni per i pazienti affetti da lesioni orali potenzialmente maligne, per quelli avviati a radio-chemioterapia e a trapianto d'organo, e ovviamente i reparti di terapia odontoiatrica d'urgenza. Abbiamo nelle prime settimane di pandemia avuto difficoltà con l'approvvigionamento di DPI, che attualmente ci sono regolarmente forniti dal nostro ospedale. Ma i pazienti hanno ora paura nel frequentare la nostra clinica, non paura del dentista ma paura di



contagiarsi. A titolo di esempio il nostro Pronto Soccorso vedeva mediamente 48 pazienti al giorno durante il 2019. La media di accessi giornalieri durante i mesi di marzo, aprile, maggio 2020 è stata di 16,2, con un calo di circa il 60%. Come noi molti altri ospedali e cliniche universitarie necessiteranno a breve di interventi strutturali per poter assicurare una corretta areazione, per chiudere gli spazi operatori, la maggior parte dei quali sono, invece, aperti e per disegnare percorsi appropriati. Interventi non banali che richiederanno fondi e tempi, riducendo le nostre attività per la tutela della salute dei pazienti.

Infine, altro punto dolente per l'odontoiatria sono i problemi che COVID-19 ha causato sulla formazione. La nostra è una Clinica Universitaria che ospita e addestra gli studenti dei corsi di laurea di odontoiatria, di igiene dentale e di tre scuole di specializzazione. In questi mesi gli specializzandi e lo staff accademico e ospedaliero hanno continuato a lavorare; le attività cliniche degli studenti sono state invece temporaneamente sospese. Una decisione assolutamente condivisibile, attuata tra l'altro nella stragrande maggioranza delle *Dental school* europee, ma che nei fatti ostacola fortemente il percorso di crescita dei nostri giovani, in particolare quelli del sesto e del quinto anno che, in condizioni di normalità operano quotidianamente in prima persona sui pazienti. È da stabilire quali interventi pianificare per sopperire a questo problema. Gli studenti seguono le lezioni a distanza ma non effettuano più, da mesi, l'addestramento clinico per loro previsto.

I problemi per l'odontoiatria sono molti e seri e personalmente sono convinto che la pandemia modificherà anche per il futuro e in modo significativo il nostro essere professionale. ✘

## Impreparati allo scenario pandemico

Contributo di **Massimo Bonacina**

Medico del lavoro  
Milano

**C**ome medico del lavoro ho dovuto affrontare tante situazioni particolari, molte ai limiti della ragionevolezza, ma questa volta siamo riusciti a superare ogni peggiore aspettativa.

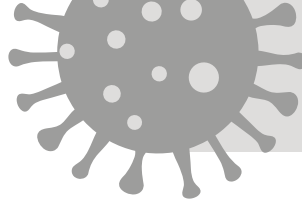
Ricordo che al tempo dell'avaria, se non erro era il 2009-2010, tramite una grande multinazionale, nella quale svolgevo e svolgo tuttora la mia attività, ci siamo dovuti esercitare per il possibile scenario pandemico che a quell'epoca si profilava all'orizzonte. Molta frenesia e concitazione nell'eseguire le valutazioni visto che l'azienda in quanto impegnata in attività essenziali, farmaci salvavita, doveva garantire la continuità. Tanti preparativi, tanti scenari, nel pensare chi doveva essere comunque presente in azienda, ma poi fortunatamente non è stato necessario.

A distanza di quasi 10 anni, mi sono rivisto proiettato in quella dimensione, ma la differenza è stata che nessuno l'aveva messa in conto. Quando sono stati dichiarati la pandemia e il *lockdown*, sono passate nella mente tantissime domande, ma una riecheggiava e mi ha accompagnato per tutto questo tempo: "Come è stato possibile tutto questo senza che nessuno se ne rendesse conto o provasse a sensibilizzare le autorità competenti?".

Subito dopo, a differenza di quei colleghi che sono stati nelle prime linee a gestire tutta l'emergenza sanitaria, ho affrontato un'altra emergenza: garantire la continuità delle attività lavorative ritenute necessarie e primarie per il sostentamento del paese. Certo, un ruolo nettamente minore rispetto ai colleghi a cui va la mia solidarietà e riconoscenza, ma anche noi ci siamo visti catapultati in uno scenario drammatico, dove oltre la preoccupazione dei cari che magari erano malati e in difficoltà, ai lavoratori veniva chiesto di presentarsi al lavoro e proseguire nelle loro attività quotidiane, e noi lì a gestire il traffico. Le decisioni aziendali passavano tutte attraverso il medico competente. Lo stesso medico che è visto sempre come un obbligo di legge, ora come per i virologi e gli epidemiologi, è una figura che decide del bene e del male in questa paradossale storia. Bene, basti dire che dal 28 febbraio 2020 oltre alla normale attività, ho letto, studiato, interpretato e applicato circa 120 provvedimenti, tra DPCM, circolari ministeriali, circolari regionali, circolari delle singole ATS, INAIL INPS; insomma un vero frullatore, ma sempre lì a cercare di indicare la giusta soluzione per la sicurezza dei lavoratori e del datore di lavoro.

E in tutto questo correre, valutare, decidere, mi sono dimenticato dell'unica cosa importante: la mia sicurezza.

Un particolare pensiero va alla mia famiglia che nonostante tutto questo trambusto è stata capace di sopportarmi e supportarmi capendo che in quel momento di particolare tensione il mio lavoro mi assorbiva quasi completamente. Un sincero operatore sanitario, appassionato della sua professione. ✘



# Diventare medico all'epoca del COVID-19

Contributo di **Alessandro Libretti**

Medico Chirurgo

**N**on il migliore degli anni, il 2020, per iniziare la carriera professionale. Per me e migliaia di colleghi, però, l'abilitazione alla professione medica è arrivata in pieno *lockdown*. Quello che doveva essere il più bello dei momenti, desiderato dopo anni di studio, è arrivato, contro le aspettative, durante una serata di marzo con un Decreto Legge che ci ha resi, dall'oggi al domani, medici chirurghi abilitati (con l'abolizione, di fatto, dell'esame di Stato).

Tanti sono i pensieri che mi hanno attraversato in questi mesi: la nostra reale utilità sul campo, la necessità e la voglia di contribuire, la preoccupazione circa l'inesperienza in un momento in cui neppure le conoscenze e le competenze dei colleghi più esperti e più anziani sembravano sufficienti a scongiurare o quantomeno a rallentare la pandemia.

La cosa che più mi ha fatto riflettere però è stata la diversità tra la medicina come l'abbiamo studiata tra i banchi dell'Università e le corsie dei nostri ospedali e la medicina sconfitta, presa alla sprovvista, a tratti umiliata e sicuramente, sebbene solo per certi versi, vinta in pieno da un patogeno più o meno sconosciuto. Mi sono chiesto come mai, durante i sei anni di studio, non si fosse mai prospettata, nelle nostre menti, la possibilità di una situazione del genere. La situazione di guerra che ci siamo trovati a vivere, infatti, per me è stata del tutto nuova e fuori da ogni immaginazione. Studiando per l'esame di microbiologia o per

quello di malattie infettive o ancora per quello di igiene e sanità pubblica, infatti, avevamo ovviamente trattato il tema delle grandi pandemie della storia ma senza la grossa preoccupazione che qualcosa del genere potesse riaccadere. La nostra medicina, nella mia mente, era forte, piena di armi e mezzi diagnostico-terapeutici, anzi in continua crescita grazie alle nuove scoperte e grazie alla ricerca. Una delle preoccupazioni che, di contro, mi è sempre saltata all'occhio durante lo studio, è stata quella della resistenza agli antibiotici: dalla scoperta della penicillina, ci è sempre stato detto, la medicina è cambiata radicalmente! La vera (e catastrofica) involuzione si avrebbe se tornassimo indietro (appunto a causa delle resistenze) all'epoca pre antibiotica. Altro scenario apocalittico che durante lo studio si era prospettato era quello delle armi batteriologiche e mi ha sempre molto fatto riflettere l'eradicazione del vaiolo (grazie al vaccino) e il suo potenziale utilizzo come arma di una guerra batteriologica (ora che il vaccino non è più praticato e il virus sembra essere ancora conservato nei soli laboratori di Russia e USA, che aneddoticamente, ci veniva detto all'Università, non riescono a mettersi d'accordo su chi debba eliminare per primo la copia di virus conservata). A parte questi due argomenti, nulla, fino a che le cose non mi sono diventate più chiare in piena emergenza, mi faceva pensare alla possibilità di una malattia che potesse mettere in ginocchio l'intero globo. Eppure la

mia generazione (laureati nel 2019 e abilitati alla professione nel 2020, giovani medici di poco più di 25 anni d'età), è la più fresca di studi, quella nata e formata nell'era di *internet* e della globalizzazione, quella che, teoricamente, ha maggiormente il polso della situazione medica globale e ha a propria disposizione la medicina più avanzata di tutti i tempi, piena di strumenti e mezzi, per l'appunto.

Durante il mio tirocinio post laurea, presso un ambulatorio di medicina generale, lo scorso gennaio (tirocinio conclusosi pochi giorni prima del *lockdown*), le cose ai miei occhi erano diverse e, ancora una volta, non era pensabile, così come confermavo a me stesso di giorno in giorno confrontandomi coi colleghi dell'Università o con gli specialisti più anziani, si prospettasse una situazione del genere di lì a poco. Col senno di poi, tuttavia, non mi è stato difficile immaginare di come un virus potesse compiere il salto di specie (cosa ovviamente già successa nella storia) anche grazie al fatto che ho visitato proprio la Cina lo scorso ottobre, durante il viaggio che ho compiuto con un mio collega, per festeggiare la nostra laurea. Visitando i luoghi dai quali il virus si è probabilmente propagato, ma ripensandoci oggi, mi è stato facile capire che le condizioni igieniche di determinate parti del mondo possono essere ancora oggi terreno fertile per questo tipo di patogeni, a noi sconosciuti sia in quanto tale e sia perché viviamo secondo regole di igiene totalmente diverse.

Tirando le somme ho capito che la medicina è vulnerabile, non è invincibile e che la *challenge* al quale siamo sottoposti, nell'approcciarci alla professione, non è solo quello della singola malattia che possiamo essere incapaci a curare, ma è anche quello di una sfida più ampia, più globale e più globalizzata, fatta di assenza di confini e di necessità di

uniformazione e adeguamento delle regole di igiene e di sanità pubblica. Negli ultimi mesi non sono stato né spaventato né tanto meno pentito della scelta della professione che ho fatto, al contrario ho avuto conferma della bellezza e dell'importanza

della professione medica, resa ove possibile ancora più nobile dai colleghi (per noi giovani, grande esempio) che hanno continuato a esercitare fino all'ammalarsi e, ahinoi, a morire durante la pandemia. D'altra parte ho capito che la medicina è vulnerabile,

da salvaguardare, da riscoprire rispetto a quello che studiamo, da applicare, da condividere e soprattutto da amare. Insomma non il migliore degli anni, il 2020, per iniziare la carriera professionale in ambito medico, o forse sì. ■

\* \* \* \* \*

## Lettera ai nipoti

Contributo di **Luigi Gioia**

MMG e anestesista  
Melzo



*Cari Anna e Giulio, amati nipoti.*

Vi scrivo dal mio letto di ospedale. Sono un po' stanco. E un po' triste. Il respiro mi manca sempre di più. Tanto che spesso mi fanno indossare per qualche ora una specie di casco da astronauta che mi spinge forte l'aria nei polmoni con un rumore infernale. Sembra il vento in una tempesta. Allora chiudo gli occhi e vi vedo. Vi sogno nel nostro bosco di montagna mentre cerchiamo insieme dei funghi. Vi sogno sulla spiaggia del nostro mare mentre facciamo volare gli aquiloni. Vi vedo nel nostro salotto mentre facciamo insieme i compiti di scuola. Vedo ancora la nonna Maria con noi. Ci guarda da lassù. Vi abbraccia dal paradiso che ha raggiunto qualche giorno fa. Sempre sconfitta da questo maledetto virus. Quanto avrei voluto esserle vicino! Per stringerle la mano. Per dirle ancora una volta, dopo tanti anni, che l'amavo. Per accompagnarla nell'ultimo nostro passo. Ma era lontana. Trasferita in una terapia intensiva di un ospedale di cui non ricordo nemmeno il nome... Un destino crudele. Ma torniamo a noi.

*Cara Annina,*  
hai iniziato la scuola quest'anno. Un grande passo per i tuoi sei anni. Anche se già adesso non ci puoi più andare. Ma vedrai che dopo l'estate la scuola riaprirà e tutto tornerà come prima.

Potrai anche andare al parco a giocare con le tue amiche. Sei sempre allegra e curiosa. Rimani così, anche quando crescerai. E la vita ti sorriderà!

*Caro Giulio,*

sei il più grande e quest'anno finirai la scuola elementare. Poi un grosso passo in avanti, verso le medie, verso il tuo futuro scolastico.

Non siamo riusciti a finire l'aereo che stavamo costruendo insieme. È ancora nel laboratorio della cantina.

Promettimi che lo finirai con papà.

Dagli un nome fantasioso, come solo tu sai fare.

Poi appendilo nella tua stanza come ricordo.

Fantasia, vivacità e intelligenza: portale sempre con te.

E diventerai un uomo vero.

Quanta voglia ho ancora di giocare con voi.

Di correre insieme in giardino con Lucky.

Coccolatelo, mi raccomando.

Sentirà la mancanza mia e della nonna.

Quante cose avrei voluto ancora fare con voi.

Insegnarvi. Accompagnarvi.

Vedervi crescere. Stringervi forte.

Ricordo bene i vostri volti alla finestra, mentre mi caricavano in ambulanza. Le vostre manine che si

agitavano per un saluto. Quanto mi aiutano ogni giorno!

Quando anche respirare diventa difficile.

Quanto portano via i miei compagni di stanza...

Ma non preoccupatevi.

Nonostante tutto sono felice. Perché vi porto stretti nel mio cuore. Insieme alla nonna Maria.

E vi sarò vicino anche da lassù.

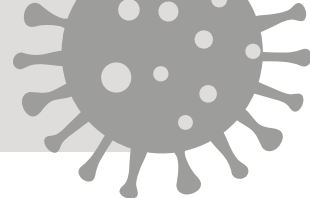
In ogni traguardo della vostra vita.

Conservate questa lettera come un ricordo.

Ogni volta che la rileggerete io sarò lì. Con voi, in voi, per voi. Un abbraccio fortissimo!

Vi voglio un mare di bene! E... Buona vita!

*Nonno Luigi*



## È arrivato il momento di progettare 'bottom-up'?

Contributo di **Laura Castoldi**

Chirurgo  
Milano

**D**urante i momenti più duri della crisi sono stati osannati, intervistati, fotografati, portati a esempio del Paese. Sono tutti i medici, gli infermieri, le diverse professionalità del sistema sanitario pubblico che si sono dovuti caricare sulle spalle la cura delle persone colpite dall'epidemia. Molti di loro dovranno fare i conti con un lungo strascico di stress post traumatico.

Di questi professionisti non ci si dovrà dimenticare quando la marea comincerà a ritirarsi, perché proprio a loro bisognerà chiedere i suggerimenti e le indicazioni per rimettere in piedi un sistema sanitario migliore e arrestare la deriva della sanità pubblica ridotta ad "azienda".

I fatti hanno dimostrato che la maggioranza degli operatori sanitari, a tutti i livelli, è costituita da persone appassionate, con competenze approfondite e multiformi, tenaci, propositive, con una visione d'insieme di situazioni in continua evoluzione, naturalmente abituate a lavorare in gruppo e fortemente orientate al conseguimento dell'obiettivo. Caratteristiche, queste, che ne fanno in definitiva degli imprenditori, nell'accezione più nobile del termine, ben lontani dallo stereotipo di protagonisti di casi di malasanità, quali li ha descritti spesso la stampa, a caccia di titoli a effetto. Stampa spesso superficiale, poco documentata, assoggettata alla *blame culture* di puntare il dito contro il singolo senza la capacità di andare a fondo sulle purtroppo diffuse responsabilità di sistema alla base degli errori individuali. Sistema che,



alla luce di questa emergenza, deve essere profondamente ripensato, e proprio a partire dalle necessità della base, sia come utenti sia come professionisti della sanità. Si faccia mente locale, e si contino non solo i ricoverati e curati, ma anche gli utenti, intesi come tutte le persone che hanno applaudito e cantato dai balconi, i volontari che hanno portato i pasti a chi non poteva muoversi, i panettieri che regalano il pane a chi non può comprarlo, ai milioni di artigiani, ristoratori, trasportatori e dipendenti della ristorazione e dei servizi essenziali che sono rimasti attivi, i bambini e i ragazzi che hanno visto stravolto il loro assetto scolastico e sociale, il corpo docente di tutti i gradi che in poche settimane si è dovuto reinventare per seguire gli alunni via *web*, i grandi imprenditori che hanno riconvertito le loro aziende e fatto donazioni.

A tutte queste persone, che rappresentano il tessuto sano di un'Italia un po' sfilacciata, si deve garantire un Servizio sanitario, auspicabilmente nazionale, che sia in grado di prendersi cura della loro salute sia in tempi eccezionali sia in tempi ordinari. Ai professionisti, che hanno dimostrato di saper giocare quando i tempi si fanno duri, leviamo la ridicola qualifica di "dirigenti", utile solo per giustificare il mancato pagamento degli straordinari, visto che è stato deciso che per l'azienda sanitaria devono lavorare per obiettivi: hanno dimostrato che

sanno benissimo quale sia il loro obiettivo – curare e possibilmente guarire le persone – ma bisogna restituire loro strumenti, dignità e soprattutto rappresentatività a livello decisionale. Rappresentatività che troppo spesso viene affidata a figure dirigenziali apicali ricche di qualifiche politiche e non mediche, attenti al *budget* e all'immagine, poco attenti alle richieste dei collaboratori esecutivi. Il mantra del "più risultati, ma isorisorse" deve scomparire dal lessico ospedaliero.

Ormai si è capito che la sanità è stata depredata di uomini, mezzi e risorse e che è necessario cambiare il passo. Solo un'alleanza forte fra utenti, si spera non più addormentati, operatori sanitari e Stato può garantire che le cose cambino in meglio. Senza investimenti, con una dirigenza di nomina politica, con la demotivazione dei dipendenti non si può conseguire nessun risultato. Serve una nuova progettualità, con atteggiamento visionario, ambizioso e costruttivo. Gli esempi di buon funzionamento già ci sono, anche se sparsi a macchia di leopardo sul territorio. Serve umiltà, da parte dei decisori, sia nel fare proprio quelle che sono eccellenze sviluppate da altri, sia quelli che sono i suggerimenti della base di "imprenditori" delle varie professionalità che operano sul campo. Serve che la formazione non sia più vista come un peso ma piuttosto considerata come il primo gradino della cura: formazione per riconoscere le situazioni di rischio (per esempio un *cluster* di polmoniti atipiche), per sapere come difendersi (indossare e levare i dispositivi personali), come affrontare una maxi emergenza da agenti biologici (oltre che traumatica). Come questo possa effettivamente essere messo in pratica è da stabilire: esperti di organizzazione del lavoro indipendenti, *think tank* volontari, siti dedicati agli operatori... non mancano le possibili soluzioni, ma sicuramente è dal basso che la rivoluzione deve partire. \*

# SARS-CoV-2 una storia di patocenosi



Pieter Bruegel il Vecchio, *Il trionfo della morte*, 1562.

**“Il famoso detto di Cicerone – *Historia magistra vitae* – ha un valore limitato e pragmatico per lo storico delle malattie. Nel campo dell’epidemiologia, se la storia non insegna infatti cosa dobbiamo fare nel presente per garantirci un futuro migliore, nondimeno consente di capire meglio cosa sta accadendo davanti ai nostri occhi e può metterci in guardia dall’intraprendere azioni nefaste.”**

Mirko Grmek, *Pathological Realities*, 2019

**LA TEORIA** della patocenosi, elaborata dal grande storico della medicina Mirko Grmek, apre a una visione ecologica delle malattie in equilibrio dinamico fra loro. A volte una malattia ne eclissa altre, come fece la peste nera con vaiolo e morbillo. Comune è anche la sinergia fra loro, come le coinfezioni e il potenziamento della malattia stessa dovuto alla risposta parossistica degli anticorpi, come nel caso del

nuovo coronavirus. La lente della patocenosi chiarisce anche le caratteristiche della pandemia da SARS-CoV-2, che emerge dal combinato della promiscuità uomo-animale nei *wet market* cinesi ma spicca il volo per la loro adiacenza con i centri direzionali abitati da individui che si spostano continuamente e rapidamente a livello planetario. E spiega anche il fatto che SARS-CoV-2 utilizzi per entrare nelle cellule dell’ospite un recettore che si trova espresso in quantità più significative nelle persone anziane e nelle persone colpite dalle patologie cosiddette del benessere, proliferando in un ecosistema sanitario avanzato che per rispondere a queste malattie ha abbassato la guardia sul territorio e aumentato la disponibilità di metodi di intervento salvavita come le terapie intensive. Si crea così un circolo virtuoso ma perverso per la diffusione del parassita, che sancisce la superiore intelligenza collettiva dei germi su ogni attuale forma di intelligenza collettiva umana o artificiale.

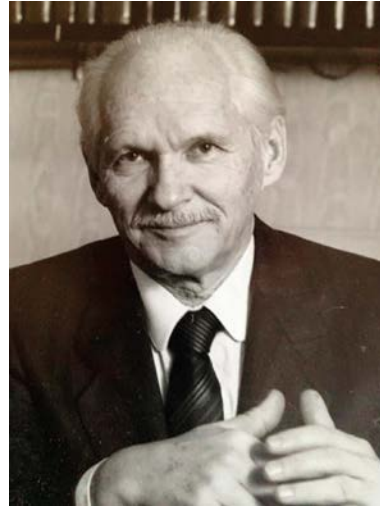
Venti anni fa moriva Mirko Grmek, tra i più importanti se non il più autorevole e intellettualmente comprensivo storico della medicina del Novecento. Nato nel 1924, la sua enorme erudizione (parlava sette lingue e ne leggeva altre cinque o sei) e il penetrante senso della logica argomentativa e dello *humor* suscitavano ammirazione, e un po' intimidivano. Decise lui quando era il momento di andarsene: affetto da una malattia neurodegenerativa incurabile, la visse con autocontrollo e determinazione formidabili, che forse gli derivavano anche dalla sua spiccata identità croata.

Studioso e curatore degli archivi di Claude Bernard, ha pubblicato studi fondamentali su Leonardo da Vinci, sulla storia della chirurgia, delle dottrine dell'invecchiamento, dell'endocrinologia, della medicina antica, della scuola anatomo-clinica di Parigi, della diffusione del metodo sperimentale nelle scienze biomediche, sull'evoluzione delle definizioni di salute e malattia, sulla creatività scientifica, eccetera. Le sue idee più originali riguardano la storia e le dinamiche delle malattie umane: fu protagonista, da storico, del dibattito sulle origini, le cause e le dimensioni sociali dell'AIDS, pubblicando nel 1989 un libro tradotto in numerose lingue e più volte ristampato, *Aids. Storia di una epidemia attuale* (Laterza). Grmek concepì una teoria sulle dinamiche storiche delle malattie fondata sul concetto di patocenosi, che applicherebbe con cristallina lucidità a COVID-19.

### GENESI E STRUTTURA DEL CONCETTO DI PATOCENOSI: QUANDO LA STORIA DELLA MEDICINA SI NUTRE DI SCIENZA

Nel 1969 Grmek pubblicava un saggio intitolato *Préliminaire d'une étude historique des maladies*, nel quale suggeriva agli storici della medicina, e al mondo medico e degli storici in generale, che per comprendere davvero quanto e come le malattie hanno plasmato e plasmano "il destino umano" occorre far riferimento a un quadro teorico più ampio di quelli tradizionalmente usati, fondandolo su tre proposizioni:

- gli stati patologici in seno a una popolazione determinata, definita nei tempi e nello spazio, costituiscono un insieme che si può chiamare patocenosi,
- la frequenza e la distribuzione di ciascuna malattia dipendono, oltre che da diversi fattori endogeni ed



Mirko Drazen Grmek, 1924-2000.

ecologici, dalla frequenza e dalla distribuzione di tutte le altre malattie,

- la patocenosi tende verso uno stato di equilibrio, cosa che si avverte particolarmente in una situazione ecologica stabile.

Il termine era un neologismo costruito sulla nozione di biocenosi, che in ecologia caratterizza l'insieme di tutti gli organismi presenti in un ecosistema, e denotava l'insieme delle malattie presenti all'interno di una data popolazione in un determinato momento. All'origine del concetto vi erano gli studi di geografia medica prodotti dalla scuola francese, *in primis* l'idea di "complessi patogenici" enunciata nel 1933 da Maximilian Sorre ma, soprattutto, i lavori di Jacques May (1952-58) sull'ecologia delle malattie e le idee del microbiologo René Dubos (1954-58) sulle dinamiche fisiologiche adattative nel mondo microbico in rapporto con la storia delle malattie infettive. Senza dimenticare il premio Nobel Charles Nicolle, autore nel 1933 di *Destin des maladies infectieuses*, che Grmek apprezzava e criticava allo stesso tempo in quanto, sollevando il problema di rintracciare l'origine delle malattie nel momento in cui diventavano evidenti, le considerava "nuove" e quindi non già esistenti o emergenti come sarebbe più corretto dire.

Egli ipotizzava l'esistenza di una dinamica globale delle malattie, di cui sarebbe possibile determinare qualitativamente e quantitativamente i parametri nosologici in un dato contesto spazio-temporale, e all'interno della quale la frequenza e la distribuzione di ogni malattia sarebbe condizionata dalla frequenza e dalla distribuzione di tutte le altre malattie. Un postulato della teoria prevede che la patocenosi tenderebbe verso uno stato di equilibrio, soprattutto in una situazione ecologica stabile, con un piccolo numero di malattie molto frequenti e un grande numero di malattie molto rare.



L'emergere di nuove malattie o la scomparsa di malattie esistenti sarebbe dovuto a una rottura dell'equilibrio prodotta dalle modificazioni delle condizioni ecologiche che possono per esempio aprire nuove vie di trasmissione agli agenti infettivi. La patocenosi è uno stato che tende all'equilibrio ma si trova in uno stato di squilibrio costante. Per ogni data popolazione, nel tempo si vedranno prevalere malattie diverse, che coesistono, hanno successo o vengono gradualmente sostituite da altri.

Grmek ha usato il concetto di patocenosi per descrivere l'evoluzione delle malattie umane, identificando nelle grandi transizioni epidemiologiche che saranno descritte nel primo capitolo altrettante "rotture della patocenosi". Relativamente all'equilibrio tra le malattie infettive, le principali rotture si sono avute con la transizione all'agricoltura, con la cosiddetta scoperta delle Americhe e l'"unificazione microbica del mondo", con la rivoluzione industriale e medico-sanitaria e la transizione da una patocenosi dominata da malattie infettive a una in cui la parte del leone la fanno le malattie degenerative (in particolare cardiovascolari, metaboliche e cancro) e, infine, con l'emergere di nuove malattie infettive o il riemergere di infezioni antiche come conseguenza delle trasformazioni ecologiche, dei viaggi intercontinentali e della sopravvivenza di persone immunodepresse nelle moderne società sviluppate.

La ricerca intesa a descrivere e spiegare le patocenosi mira a comprendere i meccanismi di emergenza delle malattie e richiede un approccio multidisciplinare: storici, geografi della salute, filologi, epidemiologi, matematici e specialisti di malattie emergenti si ritrovano nello stesso flusso dinamico di pensiero.

## DALLA PATOCENOSI ALL'EPIDEMIOLOGIA EVOLUZIONISTICA

Chi scrive, durante gli anni Novanta ebbe modo di discutere con Grmek quali rapporti egli intravedesse tra la sua visione ecologica e olistica delle dinamiche epidemiologiche e quella schiettamente neodarwiniana e riduzionistica della medicina evoluzionistica proposta da Randolph Nesse e George William a partire da un famoso saggio del 1991 – *The dawn of Darwinian medicine*. Grmek è morto e non ha senso riportare ricordi che il tempo della memoria ha reso certamente falsi. Si possono, però, fare ragionamenti a partire dai testi di Grmek e, quindi,

fare qualche ipotesi e trovare possibili consonanze che possono fornire strumenti per leggere l'epidemia che sta attualmente spaventando il pianeta.

Il concetto di patocenosi fa riferimento alla tradizione di geografia delle malattie e di ecologia dei microbi. In realtà, il problema delle dinamiche naturali delle malattie, in particolare quelle contagiose, fu discusso da prima di Darwin e delle moderne dottrine ecologiche. I medici si recavano in diverse aree geografiche del pianeta, constatavano che al variare della latitudine (più che della longitudine) cambiavano le malattie prevalenti, discutevano dei rischi di malattia a cui si andava incontro viaggiando dalle zone temperate verso i tropici e delle strane manifestazioni legate ai processi di acclimatamento. Si constatavano fenomeni di adattamento alle malattie locali, che Darwin riportava nei suoi testi come indicativi dell'azione della selezione naturale. Dopo Darwin, furono fatti diversi tentativi di applicare il modello della selezione naturale agli andamenti delle epidemie. L'idea che ebbe più successo fu che i parassiti avrebbero un interesse a ridurre la loro virulenza a vantaggio di una maggiore capacità di trasmettersi se non uccidono l'ospite.

L'idea si presentava con il corollario che i parassiti sarebbero tanto più virulenti quanto più è recente il passaggio all'ospite. Diversi parassitologi confutarono presto questa implicazione e, quando le idee neodarwiniane si diffusero in biologia negli anni Sessanta, si comprese che ai parassiti poteva convenire ridurre o aumentare la virulenza a seconda dei contesti e sempre in funzione di un vantaggio riproduttivo. Nei primi anni Ottanta emergeva la teoria del compromesso, con la formulazione di  $R_0$  da parte di Roy Anderson e Robert May (1982), e con gli studi di Paul Ewald (1983). L'idea è semplice:  $R_0$  o tasso di riproduzione di base definisce la *fitness* del parassita e dipende dal tasso di trasmissione al numeratore, e dalla guarigione e della virulenza al denominatore. Quindi un parassita se vuole avere una *fitness* elevata deve trovare un compromesso fra questi tre fattori: scegliere come Achille se vuole una vita breve e gloriosa o una lunga, ma insignificante.

Il concetto di patocenosi fa riferimento alla tradizione di geografia delle malattie e di ecologia dei microbi

SARS-CoV-2 prevedibilmente differenzierà il proprio comportamento calibrando la virulenza e l'infettività più o meno localmente

Tuttavia, Paul Ewald ha mostrato che la virulenza dei microrganismi infettivi varia in relazione all'attività di selezione naturale su quei fattori che ne facilitano la trasmissione. Facendo ricorso a diverse prove epidemiologiche sulle malattie infettive, in cui i "vettori culturali" hanno un ruolo predominante, come l'acqua per il colera e i noti fattori di rischio per l'HIV, ma usando anche l'antropofilia esclusiva del vettore di malaria *Anopheles gambiae*, ha verificato che, dal punto di vista del singolo parassita, un aumento nella virulenza può essere significativamente più vantaggioso per massimizzare la trasmissione dei suoi geni. I concetti evuzionisti dell'epidemiologia arricchiscono la teoria della patocenosi, in quanto forniscono ulteriori elementi per spiegare come i cambiamenti ambientali, inclusa la presenza di altri parassiti, funzionano quali fattori selettivi nel modulare le manifestazioni cliniche e, quindi, l'impatto sanitario delle malattie.

### PATOCENOSI DI COVID-19

Quali ragionamenti ispirano l'idea di patocenosi e la teoria dell'epidemiologia evuzionistica nel contesto della pandemia da COVID-19? COVID-19 non è indice di una rottura della patocenosi, ma si tratta di un'infezione emergente che non è mai esistita in una popolazione umana, ma è passata a essa da una popolazione animale. Il virus non è stato costruito in laboratorio (cosa che non esclude che possa essere sfuggito da un laboratorio dove era coltivato, infettando qualche ricercatore), come vorrebbero i complottisti o coloro che cercano voti politici usando come propaganda il complottismo. Verosimilmente è emerso all'interno di un ecosistema particolare, dove forse l'aspetto caratterizzante non sono tanto i cosiddetti *wet market* in sé, ma l'adiacenza fra contesti dove esiste un costante flusso di virus presenti in animali selvatici, i *wet market* cinesi appunto, e imponenti centri direzionali abitati da individui che si spostano continuamente e rapidamente a livello planetario. Anche in questo caso, l'ecologia ha consentito e favorito l'emergere della malattia.

Non meno importante sul piano della patocenosi è stato il fatto che SARS-CoV-2 utilizza per entrare nelle cellule dell'ospite un recettore che si trova espresso in quantità più significative nelle persone anziane e nelle persone colpite dalle patologie cosiddette del benessere (cardiovascolari, diabete, eccetera). L'evoluzione demografica e l'adattamento dei sistemi sanitari alla gestione delle malattie croniche, con la creazione delle RSA e lo smantellamento dei presidi territoriali, a fronte della disponibilità di metodi di intervento salvavita come le unità di terapia intensiva, hanno creato un circolo virtuoso ma perverso per la diffusione del parassita.

Questo virus è, quindi, favorito dalla patocenosi del mondo occidentale e prevedibilmente differenzierà il proprio comportamento calibrando la virulenza e l'infettività più o meno localmente, in attesa di un rimescolamento delle carte quando i viaggi intercontinentali riprenderanno più o meno regolarmente. È verosimile aspettarsi un'attenuazione della virulenza o dell'infettività, a fronte del fatto che il distanziamento fisico dovrebbe selezionare ceppi in grado di persistere più a lungo nell'ospite, in forma asintomatica o lieve, per consentire buone probabilità di trasmettersi da un ospite a una persona suscettibile. Ma non è detto. Se la trasmissione si dovesse mantenere efficiente tra la popolazione asintomatica, con sintomi lievi o parzialmente immune, potrebbe mutare e causare malattie più gravi anche nella popolazione oggi non colpita o meno colpita. Nessuno è in grado di dire quali strade prenderà. La capacità di "calcolo" dell'intelligenza collettiva espressa dalle popolazioni virali, per trovare soluzioni adattative alle risposte difensive umane, supera ancora largamente il potenziale di qualunque presunta intelligenza collettiva umana o artificiale. ■

### Bibliografia

- Arrizabalaga J. [History and Phylosophy of the Life Sciences 2018; 40:71.](#)
- Alizon S, et al. [J Evol Biol 2009; 22: 245-59.](#)
- Corbellini G. Storia e teoria della salute e delle malattie, Carocci, Roma, 2014.
- Grmek MD. Ann. E.S.C. 1969; 24: 1473-1483.
- Grmek MD. Payot, Paris 1983.
- Grmek MD. Payot, Paris 1989 (n.e. 1995)
- Grmek MD, et al. Fordham University Press, New York, 2019.
- Gonzales JP, et al. [Ecohealth 2010; 7: 237-41.](#)

# Occhi a mandorla, in tempi non sospetti

PUNTATA N. 234

## Cento sintomi e due occhi a mandorla

### PARTE PRIMA

*(Nella saletta gli assistenti stanno aspettando che inizi la consueta discussione clinica. Alcibiade nello studio attende William e il direttore che sono in ritardo. Entrano i due e si apre il circuito interno).*

**Direttore:** Mi spiace comunicarvi che la discussione programmata per oggi sul caso di Alcibiade non potrà avere luogo. Mi è appena capitata fra capo e collo una grana che definirei di portata internazionale, vero William?

**William:** E per di più da trattare con la massima diplomazia!

**Alcibiade:** Quanto avete intenzione di lasciarci con il fiato sospeso? O la cosa è addirittura top secret?

**Direttore:** Top secret no, ma delicata senz'altro. Mi hanno telefonato addirittura dal Ministero degli esteri per invitarmi a interessarmi della figliuola del console giapponese che è stata appena ricoverata nel nostro reparto di pediatria. Non l'ho ancora vista, ma William ha già avuto qualche anticipazione dai pediatri. (A William) A proposito cosa ne direbbe di informare tutti e di trasformare la grana nel nuovo caso da discutere?

**William:** D'accordo (Il direttore mette in funzione il circuito televisivo interno). Si tratta di una bambina di 4 anni, che è rimasta in perfetta salute fino a una settimana fa circa, quando le è venuto un febbre da cavallo, 39,8° per l'esattezza, accompagnato da un bel corteo di sintomi: astenia, tosse, rinorrea, fotofobia con notevole iperemia congiuntivale, artralgie diffuse soprattutto alle grandi articolazioni, dolori addominali di tipo colico e qualche scarica diarrea.

**Direttore:** Insomma, a prima vista una bella influenza.

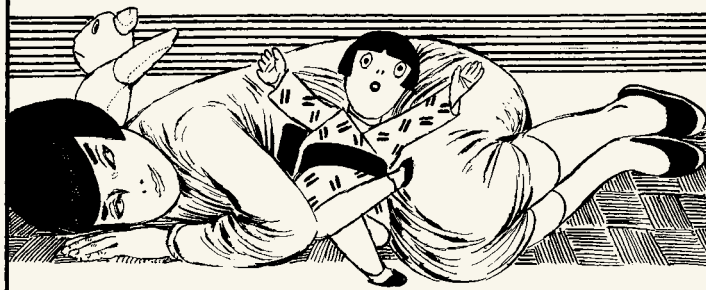
**Alcibiade:** Eh già, l'asiatica!

**William:** Il giorno seguente, però, sono comparsi una linfoadenomegalia cervicale e un rash di elementi maculari polimorfi, non vescicoloso né pruriginoso. È iniziato al tronco e poi si è esteso al volto, e soprattutto alle estremità, dove è comparso anche un modesto edema e un arrossamento diffuso del palmo delle mani e della pianta dei piedi.

**Alcibiade:** Ma nessuno le ha guardato in bocca?

**William:** Anche la mucosa orale e faringea era notevolmente arrossata e la lingua

## IL CASO: PICCOLA FIGLIA DEL SOL LEVANTE, APPARENTEMENTE INFLUENZATA, MA CON STRANE MACCHIE E LINFONODI SOSPETTI.



Il direttore di una clinica universitaria e i suoi collaboratori discutono casi singolari. Ogni storia è divisa in più parti. Alla fine di ciascuna il lettore può formulare un'ipotesi tra le molte possibili. Nelle parti successive si verificherà se si è avuto acume (e un po' di fortuna) oppure no. Trovare in tempo la giusta soluzione è segno di buona cultura medica e di ottimo discernimento clinico.

presentava il caratteristico aspetto a...

**Alcibiade:** ...lampone!

**William:** Esatto. Tant'è che il medico del consolato, un professore ovviamente, ha iniziato subito una terapia con penicillina G pensando che si trattasse appunto di scarlattina. Era confortato anche dal fatto che il fratello della piccola nipponica l'aveva avuta non più di tre settimane prima.

**Direttore:** La penicillina però, caro Alcibiade, non ha avuto alcun effetto né sui sintomi, né sulla febbre, che infatti si è protratta fino a oggi con un andamento remittente, tra i 38° e i 40°. Né di alcun aiuto sono stati gli antipirettici o l'ASA; anche se, devo dire, gliene hanno data poca e con poca convinzione.

**Alcibiade:** Forse temevano di peggiorare la situazione causandole anche una sindrome di Reye.

**William:** Nel frattempo le hanno fatto anche qualche esame. Ne è risultata una leucocitosi, 14 500 bianchi con predominanza di neutrofili e numerose forme immature. VES elevata, proteina C fortemente positiva, e una lieve anemia (ematocrito 36%; Hb 10,9). Il titolo antistreptolisinico era normale e il tampone faringeo negativo.

**Alcibiade:** Non mi meraviglio. La piccola Butterfly era in terapia antibiotica. Ma piuttosto: what about una mononucleosi?

**William:** Ci ho pensato, ma la Paul Bunnell è negativa.

**Direttore:** Le condizioni generali cominciavano a peggiorare: la bambina diventava sempre più debole, dimagriva a vista d'occhio e questa notte ha cominciato ad accusare dolori toracici e a respirare un po' affannosamente. Così stamattina l'illustre collega del consolato ha gettato la spugna e l'ha fatta ricoverare. Adesso scusateci, ma dobbiamo proprio andare a vederla. (Si chiude il circuito. Nella saletta degli assistenti comincia la discussione).

**Neolaureato:** Ci mancavano anche le malattie esantematiche. Non le ho mai imparate!

**Specializzanda:** Non potrebbe trattarsi di morbillo con complicanze polmonari? È virale e quindi è logico che non risponda alla penicillina.

**l assistente:** Per di più, nel morbillo, la forte congiuntivite è proprio caratteristica.

**Il assistente:** Ma l'esantema si diffonde «a nevicata», generalmente c'è una leucopenia con linfocitosi relativa e non una leucocitosi.

**Specializzanda:** E poi, scusa, come si può pensare che al nostro illustre collega siano sfuggite le macchie di Köplik?

**Neolaureato:** Sentite, prima che si riaccenda il video passerà un po' di tempo. Con quei due le visite non sono mai troppo sbrigative. Andiamo a prenderci un caffè.

**Specializzanda:** D'accordo. Tanto, senza ulteriori dati, non faremmo che arrampicarci sui vetri (Escono).

### PARTE SECONDA

*(Studio del direttore)*

**Direttore:** L'esame della piccola giapponese è stato molto interessante. Nonostante l'evidente insofferenza dei pediatri per la nostra intromissione, siamo riusciti a visitarla. William vuole continuare lei?

**William:** L'esantema è ancora presente; alle estremità l'edema è duro e ci sono piccoli noduli subcutanei non dolenti; alle dita c'è una desquamazione lamellare a partenza dalla zona periungueale; le labbra sono molto arrossate con ragadi e screpolature; le grandi articolazioni sono modestamente dolenti e iperemiche.

**Direttore:** Non dimentichi la linfoadenopatia, che è veramente notevole, anche se limitata alla regione cervicale, dolente e non suppurativa.

Rileggere casi clinici di alcuni decenni fa pubblicati sulla rivista *Tempo Medico* (Edizioni Edra, [www.edizioniedra.it](http://www.edizioniedra.it)), illustrati dalla mano di Crepax, e vederli con gli occhi di oggi. Leggete "Clinicommedia ieri" poi voltate pagina e vivetela oggi



**William:** Le sorprese maggiori sono venute dall'obiettività cardiaca: ritmo di galoppo, e nonostante i toni siano abbastanza concitati, e talvolta aritmici, si possono apprezzare sfregamenti pericardici.

**Alcibiade:** Una pericardite. La povera bambina aveva ragione a lamentare dolori al torace. La lastra del torace e l'elettrocardiogramma cosa dicono?

**William:** Radiograficamente c'è solo una lieve cardiomegalia. All'ecg invece: allungamento del PR, complessi di basso voltaggio e onda T difasica o francamente invertita.

**Alcibiade:** Diffusamente?

**William:** Per la verità solo nelle precordiali. Gli esami ematochimici non erano ancora arrivati.

**Alcibiade:** Direttore, cosa ne dici, non sarà un attacco di reumatismo articolare acuto? È vero che il titolo è basso, ma come ben sai può succedere in fase acuta in una certa percentuale di casi.

**Direttore:** È quello che hanno pensato anche i pediatri, infatti hanno richiesto subito un altro test anticorpale: l'ASTZ, il test antistreptozima. Ma vi posso assicurare che sarà negativo. L'eritema marginato della malattia reumatica non si estende mai al volto, e poi non dobbiamo dimenticare che non c'è stata risposta ai salicilati. (Suona il telefono e il direttore risponde). Scusate, ma ci sarà una nuova interruzione: il Ministero degli esteri sem-

bra impazzito, quasi sull'orlo della guerra.

(Interrompe il collegamento televisivo; nella saletta gli assistenti sono molto eccitati).

**I assistente:** Quel diavolo di un direttore sta pensando a un'altra collagenopatia. Ci giurerei.

**Neolaureato:** Un'altra collagenopatia! Mi volete vedere morto. Prima le malattie infettive, poi le collagenopatie; e tutto nella stessa giornata.

**Il assistente:** Magari poi salta fuori la sclerodermia. C'è da aspettarsi di tutto.

**Neolaureato:** Proprio la sclerodermia, che non ho mai potuto digerire.

**Specializzanda:** Se è per quello, non è certo l'unico capitolo della medicina interna che ti è rimasto sullo stomaco. Scherzi a parte, la sclerodermia sistemica è rara e, quando c'è, non mancano il fenomeno di Raynaud, la disfagia e la fibrosi polmonare.

**Il assistente:** Pensiamo piuttosto a un LES: febbre, artralgie, linfoadenopatia, pericardite, anemia...

**I assistente:** Un LES con un'ipertermia così elevata?

**Neolaureato:** Bah, sarà una gravidanza!

(Tutti ridono. Si riaccende l'apparecchio televisivo)

## PARTE TERZA

(Studio del direttore)

**Direttore:** Vi abbiamo fatto aspettare un po', perché William ha avuto ulteriori informazioni dai pediatri, che si sono decisi a collaborare.

**William:** Ben contenti di dividere con altri le responsabilità del caso.

**Direttore:** Vuole informarci?

**William:** Si confermano gli esami eseguiti a domicilio. In più c'è una trombocitosi (circa 600 000 piastrine/mm<sup>3</sup>), un aumento delle Ig, soprattutto le IgE, e del complemento: negativa la ricerca di anticorpi antinucleo e del fattore reumatoide.

**Alcibiade:** Ciò non esclude però una artrite reumatoide sistemica, il cosiddetto morbo di Still. Nei bambini infatti la negatività del fattore reumatoide è praticamente la regola. Mentre a favore ci sarebbe l'assenza di risposta agli antinfiammatori, come faceva notare prima il direttore.

**Direttore:** Non ti credevo così competente in campo pediatrico. Hai perfettamente ragione, ma per la verità le conclusioni a cui sono arrivato io non sono le stesse. Le caratteristiche delle lesioni mucocutanee e quella trombocitemia mi spingono in un'altra direzione. Non dimentichiamoci che le predisposizioni razziali esistono davvero. Per di più non vorrei che quell'ecg nascondesse qualcosa di più preoccupante. È per questo che ho consigliato di eseguire rapidamente un...

A questo punto, prima di girare il foglio per leggere la soluzione, il lettore ha l'ultima possibilità di emettere la propria diagnosi sul caso.

## SOLUZIONE

...eccardiogramma bidimensionale ed eventualmente una angiografia co-  
torica.  
Si trattava infatti di una malattia di Kawasaki o sindrome mucocuticula-  
nea. La diagnosi fu confermata dal  
riscontro di aneurismi del tratto pros-  
simali della coronaria sinistra. L'af-  
fezione a eziologia ignota, è stata de-  
scritta per la prima volta in Giappone.  
nel 1967, ma successivamente è  
stata riscontrata anche nelle popula-  
zioni canadesi. colpisce soprattutto i  
bambini di età inferiore ai 5 anni.  
L'intensamento del cuore, potenzial-  
mente fatale, può riguardare le coro-  
narie, il miocardio, il pericardio o le  
valvole. La mortalità è del 2 per cen-  
to circa.  
Le condizioni della figlia del console  
giapponese migliorarono rapidamente  
dopo una terapia a base di ASA (50  
mg/kg al giorno) e di gamma globu-  
line iperimmun; il trattamento con-  
tinue anche la scomparsa degli aneu-  
rismi coronarici.

# Kawasaki: da malattia a complicanza, meno rara e atipica

LA CLINICOMEDIA n. 234, pur essendo stata scritta nel 1987, ricorda molto bene l'incertezza vissuta dai pediatri in molte Cliniche Pediatriche nel mondo, nei primi mesi del 2020 durante la pandemia da COVID-19. Oggi conosciamo decisamente meglio la malattia di Kawasaki, patologia autoinfiammatoria, che colpisce principalmente bambini in età prescolare, di eziologia ancora sconosciuta, in cui la genomica conferisce una certa predisposizione nelle popolazioni asiatiche; la presentazione tipica è rappresentata dalla comparsa di febbre alta e sintomi influenzali, associata a sintomi muco-cutanei (congiuntivite, eritema agli arti inferiori e al tronco, lesioni orticarioidi/scarlattiniformi, lingua a fragola, fissurazioni labiali) e linfadenopatia laterocervicale. Avendo una patogenesi vasculitica, grave complicanza della patologia può essere il coinvolgimento delle grosse arterie come l'aneurisma delle coronarie che, in assenza di terapia, può essere anche letale. Esistono anche delle presentazioni atipiche come la miocardite, la diarrea, il dolore addominale, eccetera. È già stato riportato nella letteratura scientifica che altri coronavirus umani possano essere implicati nella slatentizzazione della malattia di Kawasaki in soggetti geneticamente predisposti. Durante le fasi più critiche della pandemia da COVID-19 si è assistito a un

aumento di casi clinici simil-Kawasaki, talvolta anche severi, associati appunto all'infezione da SARS-CoV-2.

**SI TRATTA** di una presentazione atipica rispetto alla malattia di Kawasaki classica come la conosciamo oggi, rinominata Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C). Questa nuova sindrome è stata principalmente osservata in fase non acuta di infezione da SARS-CoV-2, a distanza di qualche settimana dal possibile contagio; molti studi hanno infatti evidenziato il riscontro di sierologie anticorpali positive per COVID-19, senza un riscontro virologico di conferma durante la manifestazione della sindrome. Da molti viene quindi definita una complicanza, più che una possibile manifestazione clinica dell'infezione pandemica che stiamo ancora affrontando, meritevole di essere considerata e trattata visto il possibile esito severo. Sempre dai pochi dati in nostro possesso al momento, possiamo affermare che la MIS-C COVID-19 correlata sia il risultato di un *trigger*, probabilmente lo stesso virus SARS-COV-2, su individui geneticamente predisposti. Si assiste infatti a una disregolazione del sistema immunitario che, associato alla capacità di questo nuovo virus di causare un danno endoteliale, può portare ad alterazioni del microcircolo con

conseguenze sistemiche gravi. In termini più semplici, l'infezione da SARS-CoV-2, come già evidenziato negli adulti, causa uno stato di iperinflamazione che può portare a una sofferenza multiorgano critica. Servono ancora studi e dati clinici per capire come mai nei bambini questa condizione non comporti solo un coinvolgimento polmonare, ma nei casi severi sia più spesso cardiaco e vasculitico.

**IN MERITO** alle possibili terapie non vi sono risposte univoche dal mondo scientifico: nel corso di questi mesi abbiamo assistito all'uso di terapie volte a contrastare la tempesta citochinica sistemica come l'anticorpo monoclonale tocilizumab contro IL-6, ma anche all'utilizzo più tradizionalistico di immunoglobuline e farmaci di supporto per i casi più gravi di fallimento multiorgano. L'esperienza maturata in merito alla malattia di Kawasaki, ma anche i progressi scientifici che hanno caratterizzato gli ultimi decenni in ambito immunopatologico sono stati fondamentali per affrontare le sfide che la pandemia da SARS-CoV-2 ci ha posto anche in campo pediatrico. È grazie al ragionamento clinico formulato su una attenta anamnesi e un minuzioso esame obiettivo come quello svolto dai protagonisti della Clinicomedia n. 234 che siamo stati in grado di gestire un nemico ancora sconosciuto. ■

# Cause contro i medici:

## OMCeOMI e AMLA lanciano un appello congiunto al rispetto della deontologia

**TRA LA FINE** di marzo e l'inizio aprile, in piena pandemia, per alcuni avvocati i medici hanno smesso di essere eroi e sono diventati improvvisamente potenziali soggetti da portare in giudizio. Sono apparsi così annunci commerciali che invitavano le persone che avessero subito perdite o danni a causa del COVID-19 a fare causa ai medici.

Fiutato il pericolo per i professionisti sanitari e valutata la seria deriva deontologica di queste proposte commerciali, sia la FNOMCeO sia OMCeOMI hanno preso contatti con le federazioni ordinistiche delle professioni legali per fare un appello congiunto al rispetto della deontologia in ambito legale.

L'OMCeOMI in particolare ha stilato, insieme ad AMLA (Associazione Medicina Legale Ambrosiana), un documento con raccomandazioni etiche e deontologiche rivolte ai propri iscritti.

Il punto non è ignorare i diritti dei pazienti, anzi, ma sottolineare come certe azioni di "sciacallaggio", che fanno leva su situazioni verificatesi durante un'emergenza sanitaria senza precedenti, per la quale non esistono linee guida e buone pratiche cliniche da poter seguire e per la quale gli stessi medici si sono ritrovati a lavorare senza protezioni e nella totale incertezza, non sono ammissibili. E l'incertezza permane anche sul fronte legale. A oggi infatti, nonostante le diverse proposte, non è stato previsto nessuno scudo penale per i professionisti sanitari.

### LE RACCOMANDAZIONI OMCeOMI E AMLA

Ribadire a due voci la necessità di seguire in modo intransigente la deontologia nella pratica professionale fa sicuramente più effetto ed è molto più efficace. Le raccomandazioni sono raccolte in poche righe essenziali, firmate dal presidente di OMCeOMI Roberto Carlo Rossi e dal presidente AMLA Riccardo

Zoja, in cui si richiamano gli iscritti dei rispettivi ordini a rispettare in modo intransigente i migliori principi deontologici della pratica professionale. "In altri termini" – ha ribadito il Presidente dell'Ordine Rossi, "abbiamo messo l'accento sul fatto che non saranno tollerate perizie e prese di posizione che non considerino in maniera corretta e approfondita la speciale situazione di emergenza sanitaria e organizzativa che si è venuta a creare, ivi compresa la mancanza di linee guida certe nel trattamento sul territorio e in ospedale dei pazienti COVID". Come ricorda il Professor Zoja: "è proprio della Medicina Legale autenticamente professata il massimo rigore applicativo dell'evidenza scientifica sotto il profilo del Diritto e, nell'ambito che riguarda questa catastrofica pandemia, le acquisizioni scientificamente certe sono pressoché insussistenti. L'Etica e la Deontologia professionali, che sono anche un ampio settore di studio della Medicina Legale, devono essere fortemente richiamate e fungere da linea direttrice principale proprio per questi motivi".

### RESPONSABILITÀ MEDICA IN EPOCA COVID

Si sta ancora discutendo dello scudo penale per i professionisti sanitari che hanno lavorato durante la pandemia. Durante un webinar ECM, Giuseppe Deleo, consigliere di OMCeOMI e medico legale, ha provato a spiegare che cosa si potrebbe fare per proteggere i medici con le leggi e i codici che abbiamo già in vigore. Che non è poco.

L'art. 54 del Codice penale che introduce il concetto di "stato di necessità" può essere un primo aiuto. La norma afferma che *non è punibile chi ha commesso un fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo di un danno grave alla persona*. Oppure possiamo attingere all'art. 2236 del Codice

civile che ci rassicura sul fatto che *se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave*.

Queste norme sono sufficienti? Potrebbero esserlo nell'attesa di avere uno scudo penale un po' più efficace. Come ha raccontato nel webinar Deleo: "Gli emendamenti discussi in questi mesi cercavano di limitare, allargando i criteri della Gelli-Bianco (legge 8 marzo 2017, n. 24, ndr) la procedibilità solo nei casi di dolo e colpa grave. Poi si è capito che più che difendere i professionisti sanitari, si volevano proteggere anche altre figure (direttori sanitari, direttori amministrativi, eccetera)".

Franco Marozzi, medico legale Segretario AMLA e tra i relatori del webinar, ha chiarito che, al momento, nessuno ha intrapreso azioni nei confronti dei medici, ma soprattutto ha sottolineato come oggi sarebbe difficile per qualsiasi legale produrre delle prove concrete contro i professionisti sanitari: "Ricordiamoci che ad oggi non c'è nessuna linea guida, nemmeno di buone pratiche cliniche, nella gestione del COVID-19 perché nessuna situazione può essere sperimentata nell'arco di tre mesi. Stiamo imparando adesso quelle cose, quindi dal punto di vista giudiziario non si possono produrre prove per promuovere un'azione legale". L'OMCeOMI ha proposto inoltre una sorta di indennizzo di Stato, sulla falsariga di quanto fatto per le patologie causate dalle vaccinazioni e dalle trasfusioni (con la legge 210 del 1992), dove si decide

### COVID-19: i medici della provincia di Brescia si raccontano in un sondaggio

Un sondaggio, con grande adesione, per raccogliere le testimonianze dei medici in prima linea contro COVID-19 nella provincia di Brescia, una delle più colpite. È quanto ha fatto a maggio l'OMCeO del capoluogo lombardo. Dalle risposte emerge il senso di impotenza vissuto dai professionisti, posti di fronte a una malattia sconosciuta e grave.

Ancora oggi in molti fanno fatica a dormire. Raccontano la difficoltà a ottenere tamponi e la mancanza di DPI, l'assenza di chiare indicazioni cliniche e operative.

I medici sono convinti che sia necessario prepararsi per qualsiasi scenario: tamponi per i casi sospetti, più risorse ai medici di famiglia e COVID *hospital* dedicati.

A [questo link](#) il comunicato integrale dell'iniziativa.

di conferire a tutti un risarcimento, a prescindere dalla sussistenza o meno di una colpa, in modo da escludere la procedibilità.

Al momento le procure di Milano e Bergamo stanno facendo indagini verso le strutture, non verso i professionisti. Ma nessuno esclude che prima o poi qualche causa contro i professionisti sanitari possa saltar fuori. Urge uno scudo penale, possibilmente prima dell'autunno. ■



## Il primo webinar ECM sulla responsabilità medica ai tempi di COVID-19

*"Responsabilità medica in epoca COVID: possibili scenari incombenti"* è il titolo del nostro primo corso ECM realizzato come webinar, un nuovo modo di fare formazione che ha inaugurato la ripresa dei corsi, interrotti a causa della pandemia. Il webinar ECM, che ormai tutti conosciamo, consente agli iscritti all'Ordine di frequentare corsi di aggiornamento gratuitamente e con il solo collegamento a Internet. Questo primo corso è stato realizzato sabato 30 maggio e ha approfondito un tema molto sentito e di cui si parlerà ancora molto. Il corso *online*, realizzato con il coordinamento scientifico del presidente Carlo Roberto Rossi e il consigliere e medico legale Giuseppe Deleo, ha approfondito tutti gli aspetti della questione, cercando di capire se le leggi esistenti possano aiutare a tutelare i medici e gli operatori sanitari.

Le norme giuridiche come l'art. 54 del Codice Penale sullo "stato di necessità" e l'art. 2236 del Codice civile sulla "speciale difficoltà", bastano infatti a creare uno scudo protettivo? Forse. Anche perché ad oggi tutti gli emendamenti, volti a limitare la procedibilità giudiziaria solo ai casi di colpa grave o dolo, sono stati cancellati. Nel webinar si è parlato anche del comunicato congiunto con cui OMCeOMi ed AMLA (Associazione Medico Legale Ambrosiana) lo scorso 7 aprile hanno messo in evidenza l'importanza di attenersi al rispetto delle norme deontologiche esistenti (vedi articolo dedicato). Franco Marozzi, medico legale Segretario AMLA, tra i relatori del webinar, ha chiarito come, al momento, nessuno abbia intrapreso azioni nei confronti dei medici. Al corso hanno partecipato anche Luigi Barana, Urologo dell' Ospedale "Bassini" (Cinisello Balsamo) che ha portato la sua testimonianza del clinico catapultato nella realtà COVID-19; Carlo Capra, Anestesista (ASST Settelaghi - Varese) che ha raccontato la sua esperienza di rianimatore di trincea; Loredana Leo, Consigliere Ordine degli Avvocati di Milano, che ha fornito un approfondimento giuridico sul quadro normativo esistente.

A settembre sarà organizzato un altro webinar sempre su questi temi.



DA LEGGERE

## Un diario ai tempi del COVID-19

**A chi è rivolto** A medici, rappresentanti delle istituzioni e grande pubblico.

**L'autore** Federico E. Perozziello è medico specializzato in pneumologia, storico della medicina e docente universitario. La prefazione del libro è stata scritta da Enzo Soresi, primario di pneumologia dell'Ospedale Niguarda di Milano e la postfazione da Maurizio Bossi, andrologo e sessuologo e giornalista scientifico.

**In breve** Attraverso l'efficace forma narrativa del diario aperto, questo libro racconta l'evoluzione della pandemia da COVID-19 da un punto di vista medico, storico e sociale. Si narrano le vicende a partire dal febbraio 2020, alternandole alla rievocazione e alla rivisitazione del mondo tardo medievale e, in particolare, della grande epidemia di peste nera degli anni 1347-1353 con il suo impatto devastante sulla società europea del tempo. La corte papale di Avignone, i dubbi del medico di palazzo Guy de Chauliac e le richieste pressanti dell'allora pontefice Clemente VI, terrorizzato dal contagio e chiuso nella sua dimora fastosa, descrivono la sorte di milioni di individui destinati a una fine prematura a causa di un nemico invisibile che la medicina del tempo non riuscì a sconfiggere.

**Commento** Le riflessioni che dapprima hanno riempito la pagina Facebook dell'autore, utili per superare e dare un senso alle giornate passate chiuso in casa e a questo periodo straordinario della nostra storia, sono state riversate in queste pagine dando loro una forma narrativa efficace. Il saggio è in fondo una grande riflessione medica, storica e filosofica sulle epidemie, sul loro essere al tempo stesso un fatto culturale e un fatto biologico. E, soprattutto, una tragedia mai completamente risolta.

**Il libro in una frase** *Confesso di essermi sentito come un paleontologo che veda camminare davanti ai suoi occhi un redivivo Tyrannosaurus rex e sia costretto a confrontarsi con una forza negativa enorme, che travolge vite, speranze, esistenze silenziose e ignare (...) e lo fa con imperscrutabile, imparziale e crudele determinazione.*



Titolo	<i>Appena prima della tempesta - Un diario ai tempi del COVID-19</i>
Autore	Federico E. Perozziello
Editore	Lulu
Formato	Cartaceo, 376 pagine
Anno	2020
Prezzo	18,00 euro



DA LEGGERE

## Contagiati: un racconto corale della pandemia

**A chi è rivolto** Al grande pubblico.

**L'autore** Gianni Borsa, giornalista professionista, è corrispondente dell'agenzia di stampa SIR da Bruxelles e si occupa di Unione europea e politiche comunitarie.



**In breve** Dopo l'introduzione da parte dell'autore, il libro lascia spazio a un'antologia di voci autorevoli del nostro tempo che riflettono sul significato della pandemia, sulle paure e le preoccupazioni che ha generato. A parlare sono giornalisti, filosofi, educatori, economisti, medici psicologi: Giulio Albanese, Alberto Cozzi, Cinzia D'Alessandro, Vania De Luca, Massimo Francesconi, Stefano Guarinelli, Paola Pessina, Silvano Petrosino, Mario Picozzi, Romano Prodi, Milena Santerini, Daniela Scotto di Fasano e Rossella Virgili.

Questo tempo sospeso che cosa ci ha insegnato? Senso della vita, salute, educazione, stili di vita, fede, carità, sono solo alcuni degli aspetti su cui riflettere alla luce di quanto è successo. Il distanziamento sociale, la quarantena, l'obbligo di indossare la mascherina, la vista dei camion che trasportavano i cadaveri fuori Bergamo, sono tutti elementi che hanno suscitato molti interrogativi in ognuno di noi a cominciare dalla rivalutazione del concetto stesso di "normalità".

**Commento** Il racconto a più voci ha il pregio di far emergere in modo insistente il concetto di coralità e globalità che sono un po' i fili conduttori di questa epidemia. L'efficacia di questo libro sta proprio nell'aver riportato i vari punti di vista di figure rappresentative della società civile. Questi contributi non hanno la pretesa di fornire risposte definitive, ma provano a suggerire qualche chiave di lettura e di confronto. Perché dopo quanto abbiamo vissuto, non possiamo accontentarci di tornare alla normalità.

**Il libro in una frase** *Tratto dal capitolo scritto da Paola Pessina: "Il coronavirus è diabolico, nel senso letterale del termine: divide, ci costringe ad allontanarci gli uni dagli altri per salvarci. Ma paradossalmente ci dimostra quanto per salvarci abbiamo bisogno di relazioni, prima che di consumi, di presenze parole e gesti, oltre che di beni. Di competenze, non di immagine".*

Titolo	<i>Pensieri comportamenti prospettive oltre il Coronavirus</i>
Autore	Gianni Borsa
Editore	In Dialogo
Formato	Cartaceo, 248 pagine
Anno	2020
Prezzo	18,00 euro



## COVID-19 in libreria



### Ilaria Capua

Il dopo. Il virus che ci ha costretto a cambiare mappa mentale

Mondadori Editore

Formato cartaceo (144 pagine) ed e-book  
Prezzo 17 euro (cartaceo); 9,99 euro (e-book)



### Alberto Mantovani

Il fuoco interiore. Il sistema immunitario e l'origine delle malattie

Mondadori Editore

Formato cartaceo (192 pagine) ed e-book  
Prezzo 18,05 euro (cartaceo); 9,99 euro (e-book)



### Paolo Vineis

Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione

Codice Editore

Formato cartaceo (154 pagine)  
Prezzo 14 euro



### Paolo Giordano

Nel contagio

Einaudi Editore

Formato e-book, prezzo 6,99 euro



### Maria Capobianchi

Coronavirus. Cos'è, come ci attacca, come difendersi

Castelevecchi Editore

Formato cartaceo (63 pagine)  
Prezzo 6,65 euro



### Roberto Burioni

Virus, la grande sfida. Dal coronavirus alla peste: come la scienza può salvare l'umanità

Rizzoli Editore

Formato cartaceo (240 pagine) ed e-book  
Prezzo 14,25 euro (cartaceo) e 9,99 euro (e-book)



### Gianni Rezza, Lorenzo Moretta, Guido Forni, Alberto Mantovani

I vaccini fanno bene. Perché dobbiamo credere nella scienza per difenderci da virus e batteri

La nave di Teseo

Formato cartaceo (150 pagine) ed e-book  
Prezzo 15 euro (cartaceo) e 9,99 euro (e-book)



### Alberto Zangrillo

In prima linea contro il coronavirus. Storie dai reparti COVID-19

Piemme Editore

Formato e-book (33 pagine)  
Prezzo 2,99 euro



### Gianluca Pistore

Coronavirus: la terza guerra mondiale è contro un nemico invisibile  
*Introduzione di Walter Ricciardi. Un viaggio nella storia del virus, nelle fake news, nell'economia a pezzi e uno sguardo al futuro*

Auto pubblicato

Formato cartaceo (194 pagine) ed e-book  
Prezzo 14,85 euro (cartaceo) e 7,99 euro (e-book)



### Barbara Gallavotti e Francesco M. Galassi

Le grandi epidemie. Come difendersi. Tutto quello che dovrete sapere sui microbi

Donzelli Editore

Formato cartaceo (196) ed e-book  
Prezzo 13,30 euro (cartaceo) e 7,99 euro (e-book)

## COVID-19 in musica

**QUESTI** mesi anomali hanno condotto alla necessità di ripensare le occasioni di spensieratezza e divertimento e i momenti di aggregazione e intrattenimento. Arte e musica sono state preziose nelle ore del *lockdown*. Dai canti sui balconi allo stereo acceso mentre si fanno le pulizie, note, armonie e accordi hanno tenuto grande compagnia. E sono state avviate tante iniziative di fruizione in remoto.

Tra queste, l'evento "Musica che unisce" della Rai che il 31 marzo ha trasmesso sul primo canale, su Rai Radio2 e in *streaming* su RaiPlay, una maratona musicale tutta italiana. Gli ospiti, circa una trentina, ognuno dalla propria abitazione, chi a Milano, chi a Roma, Firenze, Bologna, Bergamo, Dublino e addirittura Los Angeles, hanno dato il loro contributo artistico del tutto gratuito attraverso brevi esibizioni. La trasmissione ha supportato la raccolta fondi a favore della Protezione Civile, in prima linea contro l'emergenza COVID-19, ma ha avuto anche l'obiettivo di intrattenere gli italiani. Hanno partecipato **Cesare Cremonini**, il primo ad aprire le porte di casa sua in questa carrellata di "*home concert*", e poi **Tiziano Ferro**, **Riccardo Zanotti** dei Pinguini Tattici Nucleari, **Levante**, **Mahmoed**, **Marco Mengoni**,

**Elisa**, **Gigi D'Alessio**, **Emma Marrone**, **Calcutta**, **Gazzelle**, **Diodato**, **Francesco Gabbani**, **Alessandra Amoroso**, **Riccardo Cocciante**, **Negramaro**,

**Ludovico Einaudi**, **Tommaso Paradiso**, insomma: ce n'è per tutti i gusti. Uno dei *live* più toccanti è stato quello di **Andrea Bocelli** che dal pianoforte del suo salotto è tornato indietro nel tempo, suonando quelle canzoni che facevano parte del suo repertorio giovanile, quando faceva piano-bar.

E proprio il tenore italiano è stato protagonista di un'altra iniziativa, stavolta organizzata dal Comune di Milano che nel giorno di Pasqua lo ha ospitato nel Duomo deserto della città, per un concerto dall'atmosfera unica. L'esibizione, intitolata "Music for Hope", si è conclusa sulle note di "Amazing Grace", cantate all'esterno della cattedrale, nella piazza vuota e silenziosa.

Poco prima di Pasqua c'è stata la maratona organizzata da Django Concerti, anche questa attiva nella raccolta fondi per la Protezione Civile. Un vero e proprio "Festival *online*" che ha coinvolto trenta artisti, tra cui **Apollo Beat**, **Davide Shorty**, **Mellow Mood**, **Murubutu**, **Mama Marjas**, **DJ Gruff** e alcuni ospiti stranieri come i **Chico Trujillo** e il giamaicano **Clinton Fearon**.

L'ondata di eventi a distanza non si limita soltanto al nostro Paese: tra sabato 18 e domenica 19 aprile "One World: Together At Home" è stato in *streaming* in tutto il mondo. L'iniziativa è stata organizzata da **Lady Gaga** e **Global Citizen**, con il supporto dell'ONU e dell'OMS, e ha visto la partecipazione di circa settanta artisti internazionali. In scaletta ci sono stati anche due italiani: **Zucchero**, con la sua "Everybody's gotta learn sometime", chiaro invito a guardarsi attorno e imparare da ciò che accade, e ancora una volta **Andrea Bocelli**. Il tenore si è esibito in un quartetto d'eccezione che l'ha visto, almeno virtualmente, al fianco di **Céline Dion**, **John Legend** e **Lady Gaga** stessa. I quattro hanno intonato "The Prayer", sulla melodia suonata al pianoforte dal maestro

### Musica virale

Marco Mirra, informatico presso il Centro di Salute globale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed esperto di musica elettronica ha messo in musica una porzione di sequenza del genoma SARS-CoV-2, convertendola in una traccia MIDI (Musical Instrument Digital Interface). "È stato sorprendente vedere che attraverso la replica fedele di questa traccia in altre 8 e senza alcuna manipolazione umana, man mano che venivano attribuiti i vari strumenti (synth, percussioni, basso, batteria, ecc.) la melodia prendeva forma e corpo". Il brano si può ascoltare sul [canale youtube dell'ISS](#).

**Lang Lang**. La maratona *live* ha raccolto circa 128 milioni di dollari a favore della lotta contro il COVID-19 e ha unito il mondo sotto l'abbraccio delle note.

Nominare tutti i progetti di ambito musicale nati in questo periodo di difficoltà sarebbe impossibile. Di certo l'inventiva non manca e lo dimostrano anche le tante canzoni scritte e pubblicate proprio in questi giorni: "Andrà tutto bene" di **Elisa** e **Tommaso Paradiso**, che riprende i cartelloni appesi sui balconi d'Italia per portare speranza; "Restiamo a casa" di **Giuliano Sangiorgi**, che invita a non uscire; "Quando" dei **Tre Allegri Ragazzi Morti** in cui ci si chiede "dimmi quando potrò passare a prenderti", ponendo l'accento sull'incertezza con cui ci troviamo a convivere; oppure "Andrà tutto bene (Restiamo insieme)", la breve canzone che lo Zecchino d'Oro ha ideato con il **Coro dell'Antoniano** e **Alessandro Visintainer** per i più piccoli che forse più difficilmente capiscono il motivo della reclusione forzata, ma che si stanno adattando con coraggio da adulti. Questo flusso sonoro continuo e stimolante non sviluppa alcun vaccino, né cura i sintomi di COVID-19. Cerca però di allietare le giornate di quarantena e forse ci aiuterà a ricordarci l'importanza dell'arte, anche quando tutto sarà finito. ■

### Link

Musica che unisce

Music for hope

Musica che cura day 1

Musica che cura day 2

The prayer - Andrea Bocelli, Lady Gaga, Céline Dion, John Legend, Lang Lang (One world: together at home)

Everybody's Gotta Learn Sometime - Zucchero (One world: together at home)

Andrà tutto bene - Elisa ft. Tommaso Paradiso

Restiamo a casa - Giuliano Sangiorgi

Quando - Tre Allegri Ragazzi Morti

Andrà tutto bene (Restiamo insieme)

# SMARTFAD

Su [www.saepe.it](http://www.saepe.it) trovi *online* l'ultimo corso FAD gratuito "COVID-19 in Lombardia: esperienze in ostetricia, oncologia e terapia intensiva". Leggi il dossier costruito sui casi nelle pagine centrali della rivista e cimentati con il questionario ECM direttamente sulla piattaforma.

Ricordati che sono disponibili i corsi sugli interventi assistiti con gli animali, su diagnosi e gestione della tosse acuta, sulla prevenzione cardiovascolare primaria, sulle vaccinazioni in gravidanza, sulla multiantibiotico resistenza, sugli esami diagnostici essenziali di laboratorio e sulla gestione della tosse acuta.



Accedere è semplice!

1 Vai su [www.saepe.it](http://www.saepe.it) o scansiona il QR code



2 Non sei registrato? Registrati!



Sei già registrato? Accedi con ID e PIN

ID:

PIN:

3 Clicca sul titolo del corso e inizia la formazione

A screenshot of the SMARTFAD website showing a list of courses for surgeons. A mouse cursor is pointing at the course 'Nausea e vomito da chemioterapia'.

CORSI PER MEDICI CHIRURGHI	Crediti	Costo	Sconti	Scadenza
La diagnosi di ipertensione arteriosa	2.0	10.00 €		28/02/18
Nausea e vomito da chemioterapia	5.0	20.01 €		22/02/18
La stagione influenzale 2016-2017	2.0	10.00 €		30/06/17
La triturazione dei farmaci	5.0	20.01 €		31/12/17
La postura in gravidanza nel travaglio e nel post partum	5.0	40.00 €		31/12/17

L'accesso è gratuito per tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Milano



# I WEBINAR ECM DI OMCeOMi

OMCeOMi ha deciso di riprendere l'attività formativa ECM per i propri iscritti attraverso i webinar, un modo di formarsi *online* che consente di frequentare corsi di aggiornamento gratuiti grazie al solo collegamento Internet.

## Per partecipare al webinar

- 1 Clicca sul link nella email che ti ha inviato l'Ordine
- 2 Compila il form con i tuoi dati
- 3 Riceverai una e-mail di conferma con il link "Partecipa al webinar" che consente l'accesso il giorno dell'evento.



## Per il test finale di apprendimento

- 1 Vai su [www.saepe.it](http://www.saepe.it) o scansiona il QR code



- 2 Non sei registrato? Registrati!  
Si consiglia la registrazione almeno due giorni prima della sessione webinar

Sei già registrato? Accedi con ID e PIN

ID:

PIN:

- 3 Compila il test finale di apprendimento e la *customer satisfaction*; l'accesso alla compilazione sarà possibile dopo 4 ore dal termine del webinar SOLO per chi avrà frequentato almeno il 90% del monte ore dell'evento.