

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VERONA

VERONA MEDICA

EDIZIONE SPECIALE



1

**LUGLIO
2021**

SOMMARIO

3 *Presentazione*

NR. 1 MARZO 2020

4 **EDITORIALE**
Covid-19

5 **ATTUALITÀ**
In memoria del Professor Luciano Vettore

NR. 2 GIUGNO 2020

7 **EDITORIALE**
Pandemia: la nuova sfida per la Medicina Generale

8 **AGGIORNAMENTO**
Microteam Covid-19: La risposta dei MMG di Verona

10 **BIOETICA E MEDICAL HUMANITIES**
Emergenza sanitaria da Covid 19: alcune riflessioni sull'etica dell'organizzazione

12 **ATTUALITÀ**
Covid: uno stimolo all'Audit e alla conseguente mobilitazione

13 *Il Modello Veneto*

14 *Ricordo del dottor Peruzzini*

NR. 3 SETTEMBRE 2020

16 **EDITORIALE**
A bocce ferme

19 **ATTUALITÀ**
I ragazzi del '99

NR. 4 DICEMBRE 2020

20 **EDITORIALE**
Il naufragio: perchè la seconda ondata ci ha travolto

23 **ATTUALITÀ**
Epidemie

24 *Da angeli a... demoni*

25 **NOTIZIE DALL'ORDINE**
La medaglia dell'Ordine dei Medici di Verona a Francesco De Beni e Pietro Moscardo

26 *Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID*

29 **AGGIORNAMENTO**
Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio (versione 11/ 2020)

NR. 1 MARZO 2021

33 **EDITORIALE**
Ce la faremo...

35 **ATTUALITÀ**
La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ai tempi del Covid-19

40 **STORIA DELLA MEDICINA**
Il gran contagio a Verona: parallelismi con l'attuale epidemia da SARS-COV 2

43 **EROI QUOTIDIANI. Ricordo dei dottori Ferdinando De Crescenzo, Paolo Menegon, Graziano Gbirelli e Leonardo Tarallo**

NR. 2 GIUGNO 2021

46 **EDITORIALE**
Danni collaterali da pandemia

48 **ATTUALITÀ**
Priorità vaccinali

49 **AGGIORNAMENTO**
Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio (versione 04/ 2021)

56 **ATTUALITÀ**
La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne

57 **ASSOCIAZIONI**
Dentisti: pronti a vaccinare

NR. 1 LUGLIO 2021

58 **EDIZIONE SPECIALE**
Vaccinando al supermercato

59 *Premio Verona Network 2021*

**Ricordiamo a tutti i colleghi l'obbligo di legge di dotarsi di un indirizzo PEC e di comunicarlo quanto prima alla Segreteria dell'Ordine.
segreteria@omceovr.it - Tel. 045 596745**

VERONA MEDICA

Trimestrale di informazione medica
Bollettino Ufficiale dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Verona

Anno LVI n. 1 LUGLIO 2021

Sped. in a.p. - 70% - Filiale di Verona
Registrazione del Tribunale di Verona
n. 153 del 20/3/1962



**ORDINE DEI MEDICI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI VERONA**

VERONA - Palazzo Vitruvio Cerdone
Via Locatelli, 1 - 37122 Verona
tel. 045 8006112 / 045 596745
fax 045 594904 - web: www.omceovr.it

Direttore Responsabile
Roberto Mora

Comitato di Redazione
Francesco Bovolin, Roberto Mora,
Franco Del Zotti, Marco Caminati,
Giulio Rigon

Consiglio Direttivo
Presidente: Carlo Ruggiu
Vice-Presidente: Lucio Cordioli
Segretario: Anna Tomezzoli
Tesoriere: Caterina Pastori

Consiglieri
Giorgio Accordini, Sandro Bellamoli,
Franco Bertaso, Elena Boscagin,
Giorgio Carrara, Amedeo Elio, Fabio
Facincani, Letizia Formentini, Alfredo
Guglielmi, Federico Gobbi, Umberto Luciano,
Anna Maria Musso, Francesco Orcalli

Revisori dei Conti
Vania Teresa Braga,
Pasquale Cirillo

Revisore dei Conti Supplente
Marco Barbetta

Commissione Odontoiatri
Elena Boscagin,
Francesco Bovolin,
Umberto Luciano,
Roberto Pace,
Franco Zattoni

**Fotocomposizione,
Videoimpaginazione e stampa**
Girardi Print Factory srl
Via Maestri del Lavoro, 2
37045 Z.I. Legnago (Vr)
tel. 0442 600401
info@girardiprintfactory.it

Presentazione



Care colleghe e cari colleghi,

ci ritroviamo nuovamente con un numero di Verona Medica da sfogliare.

Qualcuno di voi si chiederà se abbiamo avuto un ripensamento... Nulla di tutto ciò: sono convinto che la transizione digitale sia avvenuta anche per il nostro bollettino. Ma abbiamo deciso, dopo ampia discussione nel Consiglio, che era giusto sottolineare l'eccezionalità degli eventi che abbiamo vissuto nell'ultimo anno e mezzo, dando una prova tangibile di quanto accaduto. Da queste considerazioni è nato il desiderio di stampare un numero speciale di Verona Medica, interamente dedicato alle testimonianze pubblicate nel nostro bollettino da Gennaio 2020 a Giugno 2021.

In questo anno e mezzo oltre 350 medici italiani sono morti a causa della pandemia; un prezzo dolorosissimo, che anche la comunità veronese ha pagato con la morte dei dottori Leonardo Tarallo e Graziano Ghirelli, due medici di famiglia tanto impegnati nella professione quanto stimati da pazienti e colleghi, e dei dottori Paolo Menegon e Ferdinando de Crescenzo, due medici odontoiatri benvenuti e noti a tutti per la loro signorilità e professionalità.

È stato un periodo molto triste anche per tutti noi, che abbiamo dato l'addio al prof. Luciano Vettore, che contribuì a mantenere viva la fiammella della formazione in tanti medici, dedicandosi con generosità alle attività dell'ordine, al dott. Carlo Matteo Peruzzini, per molti anni punto di riferimento della medicina del territorio all'interno del consiglio, e allo storico direttore della segreteria, rag. Paolo Cerioni.

Questo volume nasce da un collage, a seguito di una cernita dei contributi apparsi sui numeri di Verona Medica dell'ultimo anno e mezzo. Troverete raccolti gli editoriali e i commenti di attualità, gli articoli scritti dal Comitato di Bioetica, i resoconti delle attività della Commissione "Luciano Vettore" e del gruppo di studio Territorio-Università, che negli scorsi mesi hanno pubblicato un costante flusso di documenti scientifici fruibili dalla Comunità medica e documenti di informazione che sono stati molto apprezzati dalla cittadinanza veronese, e contributi originali di molti colleghi.

Questo volume è anche la testimonianza di una serie di incontri scientifico-divulgativi che si sono svolti nei mesi "caldi" del lockdown, con il patrocinio del nostro ordine. Molti colleghi di varia estrazione, e con esperienze differenti alle spalle, hanno curato i diversi articoli pubblicati; a tutti indistintamente va la mia gratitudine per avere avuto la forza di ritrovarsi e scrivere contributi scientifici anche nel periodo più difficile della pandemia.

Mi auguro che questo numero speciale incontri il vostro gradimento e aiuti a non dimenticare che anche nei momenti più bui i medici si sono stretti per aiutarsi a vicenda, per approfondire le loro conoscenze scientifiche-organizzative, allo scopo di migliorare l'assistenza e le cure alla nostra popolazione.

Questo numero rimarrà per molti di noi il ricordo di un periodo difficilissimo, nel quale abbiamo lavorato in situazioni che non avremmo mai immaginato, nel quale molti di noi sono stati impiegati in campi professionali distanti dalle comuni occupazioni (proprio come accade in epoca bellica) e ci aiuterà a non dimenticare i nostri cari, i nostri amici e concittadini morti a causa della pandemia.

CARLO RUGIU

PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI VERONA

Covid-19

Di epidemie, me ne ricordo più di una. La prima quella di Asiatica. Poi è arrivata anche la russa e l'aviarica.

Da giovane medico ho visto anche epidemie di varicella e morbillo. Quella di oggi è provocata dal Covid 19, e sicuramente rimarrà negli annali della medicina. Nessuno è immune e siccome si sta diffondendo in tutto il mondo si comincia a parlare di pandemia.

Quella di "spagnola" si diffuse tra il 1918 ed il 1920. Colpì quasi 500 milioni di persone (ma a quei tempi eravamo meno di due miliardi). Quel virus uccise tra il 3% ed il 5% di tutta la popolazione mondiale. Più di quanti ne aveva ucciso la guerra.

Sono passati 100 anni e rispetto ad allora la medicina ha fatto progressi, ma contro il Covid 19 non ci sono cure. Per il vaccino si dovrà aspettare almeno un anno e al momento le uniche armi efficaci sono l'isolamento e la quarantena.

Il virus è venuto dalla Cina e per questo i primi a entrare in crisi sono stati i ristoranti cinesi; adesso che i malati sono italiani tocca ai nostri e con loro alla nostra economia. Interi paesi sono in quarantena.

La paura dell'isolamento ha spinto la gente a fare scorte alimentari e mentre bar e ristoranti sono in crisi, gli affari li hanno fatti i supermercati.

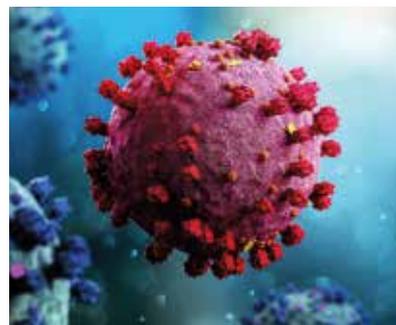


leri mi ha avvicinato, per strada, Eleonora. Con lei avevo avuto qualche "scontro" per le sue idee sui vaccini. Mi ha chiesto se potrà arrivare il vaccino. Le ho chiesto se si era convertita alla "scienza". Piccata mi ha risposto che di coronavirus si può morire. Vuoi vedere che l'epidemia riesce a convertire i No-vax!

Per la paura del contagio la gente ha fatto incetta di disinfettanti e mascherine. Queste ultime sono diventate introvabili e quelle che si trovano hanno prezzi spropositati.

Crollano le borse e le stime di crescita economica sono al ribasso; tranne le azioni di chi è impegnato a cercare un vaccino. In questi giorni la notizia che il virus è arrivato anche negli USA. Scopriamo che da loro fare un tampone costa qualche migliaio di dollari per cui sarà difficile provvedere con le misure che da noi sono ormai quotidianità. Il gigante dell'economia scopre la sua debolezza sul versante della salute. E trema perché è impreparato. Forse più impreparato di noi che possiamo contare sul nostro SSN che dicono sia uno dei migliori del mondo. Se non altro da noi la gente il tampone e le cure le riceve anche se non ha l'assicurazione e se manca della carta di credito.

Ora i giornali ci elogiano, siamo diventati gli eroi che sfidano l'epidemia. Dov'è finita la nostra malasanità?



Di oggi la notizia che verranno assunti almeno 5.000 medici e 20.000 infermieri. Forse una parte di quel personale avrebbero potuto darcelo anche prima...!

Qualche sera fa l'assemblea FIMMG si è fatta per streaming. Vi ha partecipato anche un medico che era in isolamento fiduciario. Abbiamo scoperto che le dotazioni mancano. Scarseggiano mascherine e camici monouso e che i nostri ambulatori non sono preparati a isolare chi dovesse presentarsi malato.

Ci si è fatto coraggio a vicenda, scoprendo che se mancano i mezzi, non manca l'abnegazione e la disponibilità. Scoprendo che medici, infermieri e personale sanitario sono tutti pronti e disponibili, negli ambulatori, nei pronto soccorso, sulle ambulanze, nelle corsie degli ospedali.

Che nessuno si tirerà indietro. In prima linea, come i nostri soldati sul fronte e nelle trincee ai tempi della spagnola. Anche se le armi ed i mezzi saranno quelli che ci hanno fornito i generali... che in trincea non c'erano perché se ne tenevano lontani. Ricordandoci che dopo Caporetto arrivò il Piave e Vittorio Veneto e che, come allora, ognuno farà la sua parte.

Nella speranza che poi ci si ricordi che da noi non si costruisce un ospedale in dieci giorni e che la salute della gente è non solo un bene irrinunciabile, ma anche un investimento. Non soltanto un costo.

ROBERTO MORA

In memoria del Professor Luciano Vettore

Luciano Vettore è stato un umanista che professava la nobile arte del medico e l'alto magistero dell'insegnamento della medicina. Ha posseduto il profilo del seminatore, dell'innovatore e del promotore di crescita culturale. Custodiva e perseguiva la ragionevole utopia di cambiare e migliorare le cose, donando al suo essere medico e docente il valore di ministerium, un servizio reso con generosità alla comunità medica e accademica.

Nel tempo in cui si andavano realizzando profondi cambiamenti nella Sanità e nell'Università, quali la nascita del Servizio Sanitario Nazionale e nelle Facoltà di Medicina la riforma degli ordinamenti didattici e delle scuole di specializzazione, ha partecipato in modo appassionato ed incisivo a queste trasformazioni, concependo i ruoli di medico e di docente anche come impegno civile. Come clinico osservava i fenomeni con acume critico, era incline alla curiosità e valorizzava le molteplici dimensioni della realtà clinica, percependone la complessità. Possedeva la disciplina intellettuale di una solida metodologia clinica e ha sempre affermato come - in una medicina sempre più tecnologica, ma comunque popolata dall'incertezza - questa debba rimanere la guida per quell'agire nell'individuale che è la clinica.

Ha testimoniato come il sapere dell'evidenza scientifica non sia rinunciabile, ma che una medicina personalizzata deve umilmente modellarlo sull'irripetibile singolarità della persona. Concepeva il lavoro di clinico come la risultante di una genuina, inclusiva e serena alleanza di professionisti entro un team multi-professionale, che con la sua guida ha assunto il valore di uno straordinario contesto co-educante per studenti e specializzandi. La serietà professionale e deontologica di

medico e lo spessore di docente ed educatore hanno costituito la cifra di Luciano Vettore Internista e Clinico Medico.

Di modi cortesi, capace di guardare gli eventi con gentile ironia, viveva la relazione con gli altri con lo spirito di chi sa ascoltare ed accogliere, comprendere e condividere, ma anche con chiarezza di opinioni e fermezza di posizioni. Con numerosi colleghi ed allievi ha testimoniato e condiviso solidi valori, con alcuni coraggiosi (a quei tempi quasi temerarie) "avventure" nell'innovazione pedagogica nella formazione del medico, per le quali il legame di reciproca stima e fiducia ha rappresentato il collante. È stato stimato ed amato dai colleghi che hanno fatto parte della sua équipe, che custodiscono di lui un affettuoso ricordo.

Luciano Vettore si laurea in Medicina e Chirurgia con 110 e lode a Padova nel 1961 dove rimane come Assistente Volontario nella Clinica Medica. Si specializza in Cardiologia e in Ematologia. Nel 1969 consegue la libera docenza in Patologia Medica e Metodologia Clinica e si trasferisce a Verona come assistente universitario ordinario con il Prof. Giorgio De Sandre. Dal 1971 a 1977 è all'Università di Trieste come professore incaricato di Ematologia. Nel 1978 ritorna al Policlinico di Verona in Patologia Medica e viene nominato professore incaricato stabilizzato di Farmacologia Clinica.

Oltre all'insegnamento della disciplina, contribuisce all'elaborazione del primo Prontuario Terapeutico Ospedaliero in collaborazione con il Servizio di Farmacia del Policlinico. È un'operazione innovativa perché fa rigoroso riferimento alla ancora giovane Medicina Basata sulle Evidenze. Partecipa per lungo tempo alla Commissione Regionale del Veneto per il Prontuario



Terapeutico Ospedaliero Regionale (PTORV). Partecipa, sin dalla fondazione fino alla chiusura del giornale cartaceo, a "Dialogo sui Farmaci" della ASL 20, una delle poche riviste indipendenti sui farmaci.

In ambito accademico, dal 1982 al 1996 è Professore Associato e poi Professore Ordinario di Medicina Interna con il compito di insegnamento della Semeiotica e Metodologia Clinica e, dal 1997 al 2000, dell'insegnamento di Clinica Medica, ma preferisce sempre considerarsi (e come tale viene dai più percepito) un metodologo clinico. Dal 1999 al 2001 è Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina Interna. In quegli anni ha tenuto anche il corso di Clinica Medica presso l'Università Campus Biomedico di Roma che rappresenta una stimolante esperienza didattica.

Percepiva come l'avanzamento tecnologico, se non guidato dai bisogni, potesse mettere in crisi la relazione di cura. Ha riflettuto molto sulla relazione tra il medico come storiografo clinico e il paziente come testimone di un'esperienza, su come costruire una relazione empatica in cui dialogo

e parola diventano strumenti di cura e di alleanza tra due “esperti”, il medico come portatore del sapere della scienza, il paziente come esperto di un vissuto. La sua è stata la genuina visione di una medicina olistica e per questo nel tempo ha valorizzato la Medicina Narrativa, come strumento concreto di personalizzazione della relazione e della cura.

Ma la connotazione più genuina e qualificante di Luciano Vettore è quella di cultore della Pedagogia Medica, una nuova disciplina che in Italia nasce a metà degli anni '80. Essa ha costituito un formidabile strumento culturale di riforma dell'insegnamento della medicina in Italia. Luciano Vettore ha fatto parte della primissima “pattuglia” di riformatori, che ha promosso un profondo rinnovamento, anche culturale, nell'educazione medica in Italia, e che si è concretizzato nel corso di oltre venti anni in quattro riforme del sistema universitario di formazione pre-laurea e post-laurea del medico. Luciano Vettore ne è stato uno dei principali attori e ne ha fatto la sua principale missione. La sua attività in questo campo, vista a posteriori e corroborata da vivi ricordi personali, appare avere seguito la lucida visione di un sistema formativo edificato sulle solide basi della scienza sperimentale, coerente con i bisogni della società, centrato sul discente, che ha come fine la costruzione di competenze che coniugano le varie dimensioni del sapere e dell'agire del medico. Si è trattato di un'attività davvero imponente e straordinaria, vissuta con passione, nella quale ha saputo governare con intelligenza e creatività un lungo processo di cambiamento che ha avuto grande impatto nella formazione dei docenti e nella modernizzazione del sistema universitario (e non solo) di educazione in medicina.

Presidente della Commissione per la Didattica della Facoltà di Medicina dell'Università di Verona alla fine degli anni '80, diventa Presidente del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia dal 1991 al 1997, introducendo tra le primissime Università l'innovazione didattica nel Corso di laurea, con la formazione dei tutor e l'introduzione della didattica tutoriale, l'apprendi-

mento per problemi, la valorizzazione delle esperienze di didattica pratica, lo sviluppo della componente professionalizzante dell'apprendimento prima ancora della sua introduzione per legge, la redazione per la prima volta in Italia di una Guida per lo Studente, che definiva obiettivi formativi, strumenti e metodi didattici e che aveva coinvolto il corpo docente della Facoltà di Medicina di Verona in una seria riflessione sull'insegnamento.

È stata quella una straordinaria stagione di intenso impegno, di tensione intellettuale, che ha visto la partecipazione di numerosi “discepoli” che Vettore era riuscito a coinvolgere e motivare, ma anche di intensa dialettica all'interno del corpo docente, non senza alcune incomprensioni. Non era persona da scoraggiarsi: “seminate, seminate, qualche cosa resterà”, era il modo di sperare nel futuro, e molto di quanto allora seminato rimane tuttora prezioso patrimonio del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona.

Riconosciuta la sua autorevolezza in Pedagogia Medica, nel 1995 è stato eletto Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia delle Università italiane, contribuendo alla vita della Conferenza (che conta oggi oltre 30 anni di attività), al fondamentale lavoro di definizione degli obiettivi formativi dello studente di medicina ed alla riforma del sistema formativo del medico in Italia, rimanendo poi come consulente pedagogico della Conferenza stessa. Tra i fondatori della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM), ne è stato Presidente dal 1997 al 2004, ha curato la rivista “Tutor” che ne è l'organo ufficiale e poi come past-president e consigliere emerito ha partecipando a numerosi atelier di pedagogia medica per la formazione dei formatori sia in ambito medico che nelle professioni sanitarie. L'interesse per una formazione in medicina aperta anche ad esperienze esterne al mondo accademico ed ospedaliero è testimoniato dalla sua partecipazione per un decennio, sin dalla sua istituzione nel 1994, al Comitato Tecnico-scientifico della Scuola di Formazione in Medicina Generale della Regione del Veneto, anche attra-

verso un decisivo contributo ai corsi di formazione pedagogica dei Medici di Medicina Generale tutor della Scuola. Dal 2004 è stato componente del Comitato Tecnico – Scientifico dell'Accademia di formazione per formatori e tutori della Provincia Autonoma di Trento dove è stato Direttore Scientifico dei Corsi di Master Universitario di primo livello per formatori, organizzati dall'Università di Verona, per le competenze tutoriali nella formazione degli operatori della salute.

La formazione continua lo ha visto partecipare dal 2003 al 2007 alla Commissione ECM della Regione del Veneto, così come si è dedicato per la Formazione a Distanza della pianificazione e realizzazione di corsi di e-learning.

L'attività di professore universitario di Luciano Vettore nella medicina e nella ricerca è documentata da oltre 300 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali e nazionali, capitoli di libri e monografie. Il rigore e l'onestà intellettuale che ha espresso nella vita di medico e di docente si ritrovano interamente nella sua produzione scientifica, dedicata soprattutto all'ematologia con particolare riguardo alla fisiopatologia e biochimica dell'eritrocita, all'oncoematologia, alla farmacologia clinica, alla terapia ed alla politica del farmaco. Numerosi e apprezzatissimi i contributi alla metodologia clinica, alla medicina narrativa e alla pedagogia medica. Ulteriore retaggio del Luciano Vettore medico e docente di un importante ospedale universitario si ritrova nel contributo allo sviluppo della Medicina Interna, e di essere tra i promotori-fondatori di alcune importanti branche specialistiche, quali l'Ematologia e l'Oncologia Medica.

Sono numerosi quanti sentono di avere avuto il privilegio di aver percorso tratti importanti della propria vita professionale e accademica con Luciano Vettore e di avere condiviso con lui valori ed esperienze, prendendone alcuni anche il testimone. Portiamo con noi con commossa riconoscenza il segno profondo della sua straordinaria testimonianza.

ITALO VANTINI

Pandemia: la nuova sfida per la Medicina Generale

Ricordo il mio vecchio nonno che mi raccontava della spaventosa "Spagnola" del 1920. Mi sembrava così surreale quasi un film, eppure dopo 100 anni siamo stati noi stessi protagonisti dello stesso film. Dapprima sorpresa per quanto accaduto in Cina, paese lontano da noi, poi stupore per i primi casi a Roma, poi ancora preoccupazione per il diffondersi dei casi in Italia ed infine ci siamo ritrovati nell'occhio del ciclone. Tutto il mondo sanitario si è trovato spiazzato di fronte a questa pandemia: in particolare la Medicina Generale ha dovuto affrontare fin da subito, in prima linea e a mani nude, un nemico sconosciuto, invisibile e letale.

Molti i sentimenti che si sono susseguiti: un breve periodo di inconsapevolezza, la sensazione di impotenza di fronte ad un simile nemico, la paura di contagiarsi e di mettere in pericolo i propri cari, la consapevolezza di non poter più interagire come prima con i propri assistiti. I primi casi dei nostri pazienti ci hanno messo di fronte a questa tremenda realtà. Le peculiarità della medicina generale sono il rapporto fiduciario con i pazienti e le loro famiglie, che in molti casi dura da decenni, e la prossimità, cioè l'entrare nelle loro case e il conoscere ogni cosa di loro. La prima ma fugace sensazione è stata quella di doverli abbandonare, non potendoli più vedere e visitare come facevamo prima: ma abbiamo continuato lo stesso ad andare nei nostri ambulatori passando lunghe ed estenuanti giornate al telefono per rispondere ai loro dubbi, calmare tutte le loro paure e cercare di risolvere i loro problemi.

Abbiamo passato molte ore a compilare moduli, denunce di malattie infettive e a contattare il SISP. Nel pieno della pandemia la nostra attività si è ridotta solo del 20% rispetto

allo stesso periodo dell'anno scorso; siamo riusciti a fare da filtro per non intasare il pronto soccorso e l'ospedale in un clima di panico generale, abbiamo curato quelli che si sono infettati, a volte da lontano monitorandoli ed inviandoli in ospedale ma solo al precipitare delle loro condizioni, a volte anche da vicino con il massimo delle precauzioni nonostante i pochi ed inadatti DPI in nostro possesso; abbiamo seguito quelli che, superata la fase critica, rientravano al loro domicilio gioendo con loro e i loro cari alla notizia del secondo tampone negativo; abbiamo pianto per la scomparsa di quelli che ci sono stati portati via dal virus ed abbiamo consolato le loro famiglie.

Molti di noi si sono contagiati: quanto sconforto alla notizia che l'amico e collega era stato ricoverato e dopo pochi giorni intubato e quanta gioia nel sapere che poi le sue condizioni lentamente miglioravano, che era tornato a casa e poi al lavoro.

Per ridurre al minimo i rischi di contagi tra di noi, siamo riusciti ad organizzarci in Microteam autogestiti per eseguire le visite domiciliari più rischiose; ma non ci siamo assolutamente dimenticati di tutti gli altri pazienti, compresi quelli con altre patologie acute e quelli con malattie croniche che popolano il grande "ospedale territoriale".

In questa battaglia siamo stati aiutati e sostenuti da molte figure, in primis dai nostri stessi pazienti che ci sono stati vicini esprimendoci la loro solidarietà e chiamandoci anche solo per sapere come stavamo. Fondamentale è stato anche il sostegno reciproco tra di noi sia dal punto di vista umano che professionale, ricevendo una parola di conforto o un consiglio per un caso difficile.

Il nostro personale di studio è stato determinante per aiutarci a superare la fase critica, sempre al nostro fianco dando il meglio di sé per servire la comunità e purtroppo contraendo in qualche caso il virus. Di molto aiuto è stata anche la collaborazione con le amministrazioni comunali con le quali abbiamo lavorato ognuno con le proprie competenze e i propri mezzi per aiutare le nostre comunità.

Ma ora forse senza rendercene conto, perché siamo ancora sconvolti da quanto successo, stiamo affrontando una fase epocale nella riorganizzazione della medicina territoriale: le cose non torneranno mai più come prima sia nella nostra vita personale che nella nostra professione. Questa però è anche un'opportunità per riorganizzare il nostro lavoro e per utilizzare al meglio i mezzi tecnologici che abbiamo a disposizione; certamente nulla potrà sostituire il fatto di guardare in faccia il paziente e di visitarlo e dobbiamo considerare questi strumenti come un aiuto e non come una alternativa a noi stessi.

Gli ambulatori non potranno tornare ad essere affollati come prima e dovremo tentare di istruire gli assistiti per ottimizzare gli accessi evitando quelli impropri. Forse sarà meno difficile per i colleghi e i pazienti più giovani che per chi è medico di medicina generale da 40 anni e per i pazienti anziani per i quali sarà un cambiamento piuttosto difficile da accettare.

Come sempre non ci perdiamo d'animo, ci rimbocchiamo le maniche e ripartiamo: d'altronde non abbiamo mai smesso e non smetteremo mai di regalare un sorriso a chi soffre, anche da dietro la mascherina, e di essere Medici di Famiglia.

CATERINA PASTORI

Microteam Covid-19: La risposta dei MMG di Verona

Guglielmo Frapporti, Octavio Jiménez Vega, Gabriele Di Cesare, Alberto Vaona* e Federica Tessari**

*MEDICI DI MEDICINA GENERALE

E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE A VERONA

**INFERMIERE PROFESSIONALE TERRITORIALE

L'esperienza dei microteam è nata dal bisogno dei medici di famiglia di garantire le cure domiciliari durante la rapida diffusione dell'epidemia. In poche settimane, a fine marzo, Verona è diventata la provincia Veneta più contagiata con il 3,6/1.000 dei positivi rispetto alla media Veneta del 2,8/1.000. Durante il picco epidemico l'82% dei positivi erano a domicilio.

I dati di triage raccolti da un gruppo di 74 medici nei primi giorni di marzo suggerivano che a fronte dei mille positivi ufficiali c'erano almeno 10.000 persone a domicilio senza tampone, o con sintomi critici da valutare. L'Ulss non era in grado di fornire dispositivi adeguati e molti di noi sono andati a domicilio a mani nude per non abbandonare i propri pazienti. Il Risultato? 25 colleghi sono risultati positivi, 8 ricoverati in ospedale e 3 in rianimazione.

Una situazione insostenibile che ha portato la Medicina Generale ad uscire allo scoperto e a denunciare quanto accadeva. Andare a domicilio senza protezioni era diventato (ed è ancora) un pericolo. FIMMG Verona ha condotto un'indagine da cui è risultato che il 60% dei Medici di Medicina Generale veronesi ha dichiarato condizioni di salute o familiari che gli impediscono di recarsi a domicilio dei propri pazienti. Per questo motivo si è pensato ad una forma di auto aiuto tra medici, ma anche ad una nuova modalità organizzativa per la domiciliarità: medico e infermiera che vanno a domicilio facendo riferimento a un bacino di 8-10.000 assistiti.

La sorveglianza attiva dei pazienti paucisintomatici con sospetta positività al COVID-19 che restano a casa è un problema estremamente rilevante per il controllo della pandemia tant'è che Governo e Regioni hanno proposto dei veri e propri corpi speciali: le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, le quali sono state sviluppate molto tardi e non su tutto il territorio veronese. Queste Unità Speciali sono indispensabili là dove i medici di famiglia lavorano da soli e non in forme associative evolute ma in Veneto da tempo è stato intrapreso un confronto con la Regione per avviare i team di assistenza primaria comprendenti la domiciliarità.

La struttura organizzativa

Attivare i microteam COVID-19 ha avuto comunque dei costi, per far fronte a questi Fimmg Verona ha attivato una raccolta fondi. In effetti tutti i costi sono sostenuti dalla raccolta fondi che abbiamo avviato come Fimmg Verona, attraverso la Cooperativa Salute e Territorio, lanciando un fundraising utilizzando la piattaforma GoFundMe. C'è stata una risposta incoraggiante da aziende, sindaci e pazienti che ci ha consentito di comprare i Dpi ad alta protezione, avere macchine a noleggio sanificate ogni giorno, dotarle di tutto il necessario per le visite domiciliari (borse attrezzate con tutte le dotazioni, saturimetri da lasciare a domicilio, termometri a infrarossi ed ecografi portatili). Abbiamo ottenuto la disponibilità di 11 medici e sei infermieri che hanno partecipato a dei corsi di formazione per le delicate e rigorose procedure di vestizione, svestizione e sanificazione dei dispositivi dopo ogni visita domiciliare".

Il momento formativo con la collaborazione delle strutture ospedaliere (nel particolare la Medicina Interna del Prof. Pietro Minuz) dei microteam

COVID-19 è stato un passaggio importante proprio per garantire un'assistenza specializzata e continua sul territorio. Nel caso molto probabile di un'ulteriore criticità nella prevenzione e cura dell'attuale pandemia, avere un team adeguatamente formato a cui fare ricorso è altamente strategico per una risposta appropriata e precoce.

Sono stati costituiti 6 microteam formati da medico e infermiere che agiscono in un bacino complessivo di circa 120.000 abitanti, che già lavorano nelle forme associative di quella zona. Abbiamo iniziato il 6 aprile. In più di due settimane sono stati eseguiti 55 accessi domiciliari, con i primi giorni di maggio gli accessi sono stati superati i 100 accessi. Il microteam è attivato dal medico di famiglia dell'assistito che, passa le consegne prima e le riceve dopo la visita domiciliare, venendo informato dal collega sui riscontri e rimane il titolare della cura all'assistito e alla sua famiglia".

A domicilio sono state riscontrate le situazioni più varie: intere famiglie malate, anche con bambini, anziani soli senza tampone, spesso rimasti vedovi da pochi giorni, persone con febbri elevate, ma anche senza febbre, talora con tosse, a volte solo con vomito o diarrea, o quadri di scompenso cardiaco senza la tipica dispnea e senza tosse, con i valori più diversi di saturazione, con $SO_2 < 80\%$ o valori normali a riposo che desaturavano gravemente dopo test del cammino.

L'arrivo di nuovi strumenti diagnostici nel territorio

Particolarmente utile nella diagnostica dei pazienti con sospetto polmonite interstiziale da Covid-19, si è rivelata l'ecografia polmonare, i cui risultati correlano bene con quelli della TAC polmonare (*L'imaging integrato nel percorso del paziente con*

COVID-19: dalla diagnosi, al monitoraggio clinico, alla prognosi - G Ital Cardiol 2020;21(5):

La disponibilità, a costi contenuti, di validate sonde ecografiche collegabili a tablet/smartphone ha permesso di effettuare, dopo un breve training teorico-pratico, diagnostica polmonare per immagini al domicilio del paziente, individuando casi di polmonite interstiziale negativi all'auscultazione, monitorando nel tempo l'andamento clinico dei pazienti non ancora guariti ed evitando ogni qualvolta possibile il ricorso alle cure e all'imaging ospedaliero.

È auspicabile una maggior diffusione della metodica sia tra i medici di assistenza primaria che tra quelli di continuità assistenziale, anche per la gestione futura del paziente fragile pluripatologico e a rischio di scompenso cardiaco integrandola con dispositivi di monitoraggio multiparametrico remoto nonché con la possibilità dell'esecuzione a domicilio di elettrocardiogrammi.

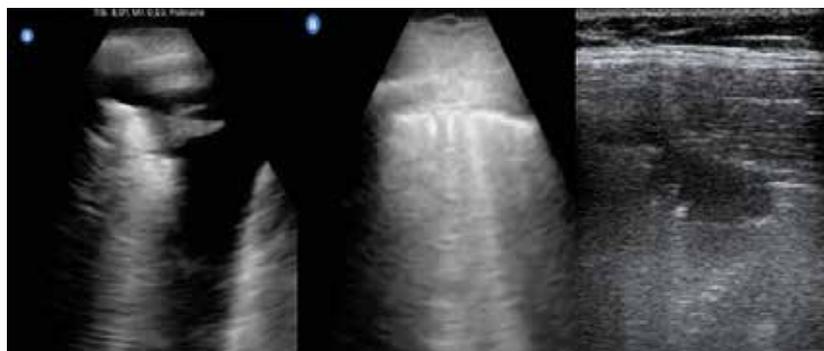
permesso di prendere il carico il paziente con un approccio multidisciplinare non solo sulla situazione clinica, ma anche sullo stato psicologico ed emotivo dello stesso e della famiglia (spesso molto provata), garantendo loro vicinanza e sostegno. La presenza dell'infermiere ha consentito, inoltre, di agevolare i tempi delle visite permettendo al medico maggiore libertà di dialogo nella comprensione del quadro clinico, mentre l'infermiere si occupava contemporaneamente della rilevazione dei parametri vitali, salvo poi intervenire insieme nell'esecuzione dell'ecografia, qualora necessaria e dell'EO polmonare. Si è rilevata, inoltre, essenziale anche nella risoluzione di alcune esigenze, quali piccole medicazioni, clisteri evacuativi etc. dove si fosse presentata la necessità. Da non dimenticare infine, che la duplice presenza sanitaria ha garantito anche una corretta esecuzione delle manovre di vestizione/ svestizione impedendo o minimizzando gli errori. In un'ottica di prospettiva la presenza dell'infermiere territoriale accanto al medico di famiglia si rileva

stiche e una diminuzione del carico sanitario, nonché un miglior comfort per i pazienti che possono, in questo modo, godere di servizi sempre più prossimi.

Preparandoci per il futuro immediato e oltre

Il Comitato Aziendale dell'ULSS 9, nella seduta del 14 aprile, ha approvato e avviato 5 delle 19 USCA previste dalla Regione in aree dove ancora non sono attivi i microteam e contestualmente ha ufficializzato i microteam che, svolgono le funzioni dell'USCA, ma con il valore aggiunto di essere espressione diretta delle forme associative di quel bacino territoriale. In caso di necessità, qualora ci fosse una secondo picco pandemico, contiamo di riattivare e aumentare il numero dei microteam che avranno forniture dall'ULSS di Dpi, auto e, speriamo, un aumento delle indennità per infermiere nella stagionale autunnale. Per i medici invece puntiamo al riconoscimento degli accessi ADI per i pazienti impegnativi e per le dimissioni protette. Oltre l'impegno sulla domiciliarità, prevedendo la persistenza del virus, è indispensabile riorganizzare anche l'attività ambulatoriale potenziando le forme associative e organizzando al loro interno gli ambulatori-Covid".

L'esperienza del microteam ha un ulteriore indubbio valore. Per la prima volta medici di medicina generale hanno collaborato tra di loro e con personale infermieristico condividendo in tempo reale la valutazione domiciliare del paziente secondo procedure standardizzate, protocolli di cura condivisi nel dettaglio e con passaggi delle consegne formali. E utilizzando sistemi ad alta tecnologia clinica e comunicativa. Tutto questo ha dimostrato la capacità realizzativa e gestionale della medicina di famiglia veronese che ha risposto in modo autonomo, pronto ed efficace ad una emergenza di sanità pubblica senza precedenti nella storia ed è ora preparata a tornare in campo in caso di necessità oltre che a sperimentare il modello affinato in questa occasione all'interno di nuovi scenari della presa in carico della cronicità.



A sinistra: Paziente anziana (90 aa) covid + in post-dimissione con versamento pleurico dx (ha seguito f-up ecografico a domicilio fino alla risoluzione del quadro clinico). **Al centro:** paziente paucisintomatica covid + con auscultazione negativa, all'ecografia presenza di "linee B" indicative di pattern interstiziale compatibile con il danno polmonare da covid 19.- **A destra:** paziente sintomatica con consolidamento basale dx

In tutti i casi l'accesso domiciliare è stato molto gradito dai pazienti che finalmente vedevano entrare qualcuno nelle loro case dove vivevano segregati e impauriti.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia, prospettive future sul territorio?

In questo senso la presenza infermieristica accanto a quella medica si è rilevata di notevole importanza all'interno dei microteam, in quanto ha

sempre più necessaria, per agevolare la gestione della cronicità attraverso i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali), già avviati in alcune realtà di medicina di gruppo semplice o integrata, e per la gestione delle piccole emergenze e/o esigenze sanitarie (quali medicazioni, iniezioni, tp infusive, ecg, spirometrie etc.) altrimenti declinabili agli ambulatori ospedalieri, permettendo, in questo modo, un'accelerazione delle tempi-

Emergenza sanitaria da Covid 19: alcune riflessioni sull'etica dell'organizzazione

Giovanni Bonadonna

MEDICO E BIOETICISTA

Nel corso dei drammatici eventi causati dalla pandemia da COVID 19, il comportamento responsabile della grande maggioranza dei professionisti sanitari ha messo in evidenza che **i valori fondamentali alla base delle professioni sanitarie sono ancora radicati e saldi**. Questo aspetto molto incoraggiante costituisce il presupposto fondamentale per il futuro del sistema sanitario nazionale (SSN) e per le prospettive di salute dei cittadini.

In questo periodo si sono però evidenziate, sia a livello centrale che periferico, **carenze organizzative e funzionali dei servizi sanitari**, sulle quali nei prossimi mesi sarà necessario riflettere con lucidità ed intervenire con decisione.

Oltre a problemi di tipo generale, l'emergenza sanitaria provocata dalla pandemia ha messo **in evidenza alcune problematiche di natura etica che riguardano l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi sanitari**, che è indispensabile tenere presenti nei futuri processi di adeguamento e di riorganizzazione del nostro SSN.

L'**etica dell'organizzazione** è quella parte della bioetica, che valuta l'organizzazione e funzionamento di servizi sanitari nell'ottica del rispetto dei principi e dei valori etici di riferimento. Di seguito **alcune riflessioni sull'etica dell'organizzazione** dei servizi sanitari, in seguito a quanto accaduto nel corso dell'emergenza sanitaria da COVID 19:

Rispetto dei valori e principi di riferimento del SSN:

secondo la Costituzione italiana la salute è un diritto fondamentale dell'individuo ed è interesse della collettività (art 32 della Costituzione Italiana).

Universalità, equità e solidarietà

sono i principi ispiratori del nostro SSN. Il dibattito, già in corso da tempo, sulle difficoltà del SSN, sul progressivo offuscamento dei suoi valori e principi di riferimento e sul suo progressivo declino organizzativo e funzionale, è stato intenso ed acceso in questi mesi e molte sono state le voci che hanno evidenziato la necessità che per il futuro si abbia una maggiore attenzione al **rispetto dei valori e dei principi di riferimento del SSN**. Senza un ancoraggio forte a tali valori e a tali principi le organizzazioni sanitarie rischiano di deviare dal loro obiettivo fondamentale di garantire la salute individuale e collettiva della popolazione.

Centralità del servizio pubblico:

di seguito alcune delle priorità organizzative indispensabili per garantire il raggiungimento degli obiettivi fondamentali del servizio sanitario nazionale:

- **finanziamento adeguato atto a garantire le necessità economiche del sistema sanitario nazionale**, prevedendo una disponibilità di professionisti, di strutture, di apparecchiature, di sistemi di protezione individuale adeguata a garantire il raggiungimento degli obiettivi fondamentali del SSN, sia in tempo ordinario che in caso di esigenze straordinarie. In particolare, l'emergenza da COVID 19 ha messo in evidenza alcune necessità di cui

tenere conto in modo prioritario: tra queste le necessità dell'area dell'emergenza e delle cure intensive ospedaliere e soprattutto le necessità di riorganizzazione delle cure primarie sul territorio.

- rafforzamento della funzione di istituzioni sanitarie nazionali con funzioni di ricerca,

che in collaborazione con analoghi enti/istituti internazionali, abbiano come obiettivi lo studio epidemiologico e la elaborazione di linee di indirizzo per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle patologie di interesse prioritario per la popolazione. Obiettivo di tali istituzioni centrali deve essere anche la definizione delle strategie di informazione e di comunicazione sanitaria alla popolazione, allo scopo di garantire una comunicazione trasparente, obiettiva, coerente, efficace per il raggiungimento degli obiettivi di salute prioritari per la popolazione.

- implementazione di istituzioni nazionali con funzione di coordinamento,

che in corso di emergenza sanitaria, allo scopo di assicurare il livello opportuno di omogeneità dei provvedimenti, abbiano la funzione di emanare linee di indirizzo vincolanti per le autorità locali.

Aspetti etici relativi alla formazione ed alla tutela dei professionisti sanitari:

- necessità di prevedere piani di formazione periodica per il personale sanitario, specificamente dedicati all'emergenza sanitaria. La formazione periodica oltre che la formazione all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale speci-

fici deve perseguire l'acquisizione di capacità di collaborazione e di integrazione ed una parziale fungibilità di funzioni tra i professionisti sanitari.

- necessità di prevedere nuclei operativi che possano “prendersi cura di chi cura”, mediante specifici percorsi formativi, gruppi di auto-aiuto, gruppi di supporto psicologico, ciò sia in tempi di normale attività, che in caso di situazioni straordinarie e di emergenza sanitaria.

Aspetti etici relativi alle modalità di ammissione ai trattamenti in caso di eccezionale squilibrio tra necessità e risorse disponibili in condizioni di emergenza sanitaria:

- a livello di sistema, è necessario prevedere reti di supporto tra omologhe strutture regionali, in-

terregionali ed internazionali (network sanitari), da attivare in corso di emergenza sanitaria in caso di squilibrio tra necessità e risorse disponibili al fine di garantire al massimo la cura delle persone in stato di necessità.

- a livello delle strutture che possono trovarsi ad operare in condizioni di emergenza sanitaria, è necessario prevedere linee di indirizzo per l'accesso alle prestazioni in caso di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. Le linee di indirizzo debbono essere ispirate da criteri di appropriatezza, di proporzionalità e di equità. Le decisioni relative alla priorità di ammissione ai trattamenti debbono essere stabilite attraverso una valutazione clinica globale, preferibilmente di tipo collegiale ed

interdisciplinare, che tenga conto delle peculiarità del singolo caso.

Aspetti etici relativi alla necessità di supporto comunicativo, relazionale, psicologico e spirituale in situazioni di isolamento e di solitudine delle persone assistite e del loro familiari in situazione di grave emergenza sanitaria è possibile che si realizzino condizioni di isolamento delle persone assistite, che possono provocare particolare sofferenza ai pazienti ed ai loro familiari. In tali situazioni è necessario prevedere modalità di supporto comunicativo, relazionale, psicologico e spirituale adeguate a mantenere l'umanità dei percorsi assistenziali e dei percorsi di accompagnamento della persone assistite, oltre ai bisogni di informazione, di partecipazione e di vicinanza da parte dei loro cari.



Covid: uno stimolo all'Audit e alla conseguente mobilitazione

L'Audit è legato a doppio filo al desiderio di cambiamento

Esso nasce da un problema intravisto o da una insufficienza che poi spingono a modificare in meglio la situazione di base.

A sua volta il cambiamento è sì legato al cambiamento individuale (i nostri comportamenti, le nostre cognizioni), ma è legato anche alla modifica dell'ambiente e delle relazioni intorno a noi: che sia il nostro ambulatorio, la relazione con il collega della porta affianco, sino al cambiamento delle relazioni con il grande gruppo di medici o con le istituzioni.

Il Covid sta ancor di più mettendo in evidenza questo valore sociale dell'Audit. Per fare onore all'audit non poche volte dobbiamo mobilitarci. Faccio due esempi proprio collegati al Covid19.

a) VARIABILITÀ del tempo di risposta alla richiesta di tampone a Verona e nel Veneto

Nel mio territorio da alcune settimane si verifica un fatto positivo: il MMG ottiene abbastanza agevolmente, e in pochi gg il PRELIEVO del tampone. Ma poi, dopo il PRELIEVO, si può aspettare da 1 giorno a 6-7 giorni per ottenere la risposta. Vi è troppa variabilità del tempo di risposta; parecchie risposte arrivano dopo 4-5 gg, il che, per questo problema contagioso delicatissimo, può inficiare il positivo sforzo veneto verso il più tamponi.

Non ci siamo accontentati: abbiamo cercato di capire, parlando sia con colleghi del SISP che con colleghi virologi universitari. Ed è arrivata una probabile spiegazione della variabilità: i laboratori convenzionati per l'analisi del tampone sono aumentati

di molto, sino a comprendere anche laboratori privati. Ma poi ai laboratori evidentemente non è stato dato un capitolato rigido: e così alcuni possono dare le risposte in ritardo rispetto ad altri. Magari qualche ospedale ha voluto attrezzarsi in casa per l'analisi, salvo poi chiudere il laboratorio al week-end.

Resta poi da affrontare la modalità di raccolta, conservazione, trasporto e analisi del tampone. Anche qui vi è rischio di troppa variabilità che può inficiare il risultato.

Ecco dobbiamo mobilitarci prima per conoscere, con una sorta di "Audit esterno", queste variabili e poi raddrizzarne eventuali queste storture. In certi momenti la differenza tra Audit esterno ed interno conta poco: tutta la classe medica ci fa una pessima figura se continuano variabilità o campanilismi analitici.

b) La Distanza tra i tavoli e l'instabilità del potere

In pochi giorni nelle regioni del nord i politici (governatori, sindaci e loro poliziotti o vigili) sono passati dal fermare per strada e minacciare i passanti a mettere i tavolini a non più di 1 metro.

Risultato? Bar pieni, piccoli tavolini più o meno distanti come prima del covid, con gente che non solo comprensibilmente beve l'aperitivo senza mascherina, ma dopo ciarla per ore sempre senza mascherina.

Dobbiamo avvisare i nostri pazienti; ma dovremmo anche presentarci come medici ai padroni di questi locali e dire la nostra, magari davanti ai clienti seduti vicini. Nè ci può basare che i gestori ci dicano che la nuova legge permette tutto ciò. Qui non si scherza più, dopo 30 mila morti!

E dobbiamo ricordare ai politici che è molto importante stabilizzare le modalità di comunicazione, evitando il più possibile gli estremi: in pochi giorni non si può passare da messaggi iper-preoccupati a messaggi molto tranquillizzanti.

Non abbiamo chiare prove EBM che la distanza di 2 metri serva. Ma sappiamo per certo che nei secoli ad ogni epidemia l'isolamento ha svolto una funzione importante. E in varie situazioni l'audit non ha bisogno di evidenze, ma di CONSENSO tra noi. Faccio sempre l'esempio di alcuni MMG che visitavano, parecchi anni fa, SENZA sedie per il paziente nella sala del MMG e con la porta aperta. In questi casi i MMG, anche in assenza di studi scientifici, non possono non accordarsi PER CONSENSO sul numero di sedie minime da tenere in studio. E stabilito quel criterio di consenso poi si passa all'audit.

È arrivata l'ora che noi medici si spieghi a noi stessi, ai pazienti e ai politici che è del tutto ragionevole sia mantenere una certa distanza (gli esperti parlano di almeno 1.80 mt) sia una certa dignità e stabilità delle decisioni, di fase in fase

Insomma, l'invito è a mobilitarci: per individuare le variabili giuste da tenere sotto controllo, nell'era Covid, per misurarle noi o farle misurare, e per fare in modo che siano identificate sia le responsabilità sia i modi per cui ogni cittadino e ancor di più ogni responsabile implementi il cambiamento necessario

FRANCESCO DEL ZOTTI
MMG VERONA
WWW.NETAUDIT.ORG

Il Modello Veneto

In questi giorni di pandemia mi è tornato alla mente un brano di "un anno sull'altipiano" di Emilio Lussu.

Narra il sacrificio dei soldati della Brigata Sassari mandati all'assalto contro le fortificazioni austriache, con protezioni inefficaci.

'Queste sono le famose corazze "Farina"(...) spiegava il generale 'che solo pochi conoscono. Sono specialmente celebri perché consentono, in pieno giorno, azioni di una audacia estrema. Peccato che siano così poche! In tutto il corpo d'armata non ve ne sono che diciotto. E sono nostre! Nostre!' (...)

Un soldato commentò a bassa voce: 'lo preferirei una borraccia di buon cognac'.

L'epilogo: "Una mitragliatrice austriaca, da destra, tirò d'infilata. Immediatamente, un'altra, a sinistra, aprì il fuoco. I volti (dei soldati in trincea) si deformarono in una contrazione di dolore. Essi capivano di che si trattava.

'Avanti!' gridò il sergente ai guastatori. Uno dopo l'altro, i guastatori corazzati caddero tutti."

Ad oggi i medici caduti "sul campo" sono 153.

Il primo è stato Roberto Stella, medico di famiglia e Presidente dell'Ordine dei Medici di Varese.

Per la gente, per la politica e per i media, sono eroi. Credo avrebbero preferito non esserlo ed avere avuto, invece, quando servivano, i DPI.

Per loro, come per i fanti della Brigata Sassari, neppure la gavetta di grappa.

L'avrebbero usata volentieri al posto dell'alcool etilico..... mancava anche quello. Il termine malasanità sembra scomparso dalle cronache.

Comincia a circolare, al suo posto, quello di mala amministrazione, specie per quanto è capitato in Lombardia.

Il Presidente Zaia ha detto che gli investimenti che rendono sono quelli fatti per la salute.

Forse non la pensava così fa quando i posti letto negli ospedali pubblici calavano e salivano quelli del privato, quando i nostri giovani migravano all'estero perché le borse di studio per le specializzazioni erano poche e quando si lanciavamo allarmi perché, con tante persone che stavano per andare in pensione, si rischiava di restare senza medici di famiglia e senza personale nelle corsie di ospedale.

Non la pensava così anche chi fino a quel tempo lo consigliava e che decise di fermare il Professor Andrea Crisanti (direttore del dipartimento di Medicina molecolare e del Laboratorio di microbiologia e virologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova) quando proponeva di fare i tamponi a tutti quelli che rientravano dalla Cina.

Ora siamo quelli che di tamponi ne fanno più di tutti: quelli che per primi hanno capito il ruolo determinante degli asintomatici, quelli che campionano un'intera popolazione a Vo' Euganeo. Siamo diventati un modello da copiare.

Pensare che per difenderlo, quel modello, si è dovuto lottare contro quelli lo volevano trasformare in quello lombardo. Siamo contenti di averlo fatto.

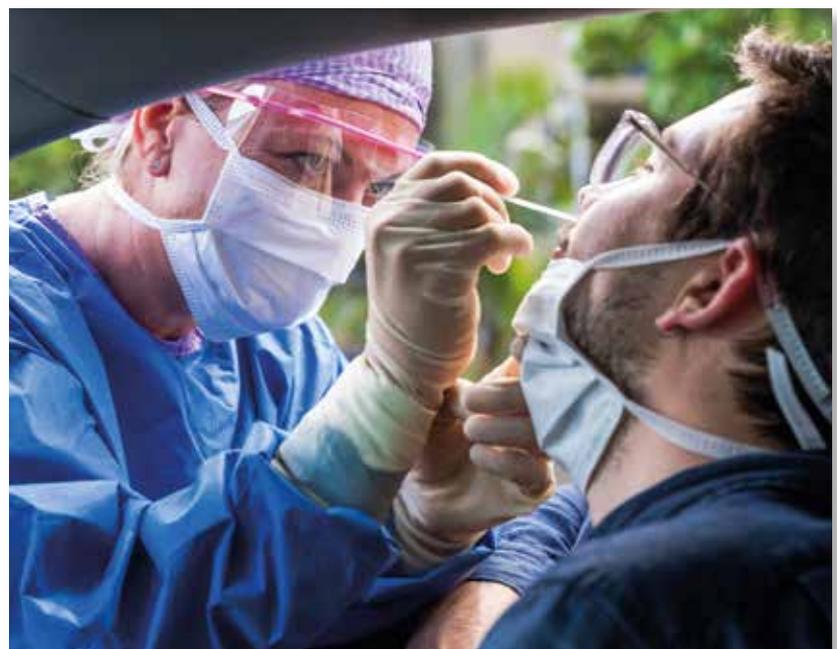
E siamo contenti anche del fatto che qualcosa sembra sia cambiato; chi ci governa ha ora un atteggiamento diverso.

Durante questa emergenza era necessario essere dinamici e coraggiosi.

Il Presidente Zaia ha saputo esserlo. Ha saputo, quando serviva, cambiare idea e consiglieri.

Speriamo continui così.

ROBERTO MORA



In memoria di CARLO

1972-2020

*Ci ha lasciati il 19 maggio un
Collega brillante e versatile, il
Dott. Carlo Matteo Peruzzini.*

*Nato a Trento il 10 luglio 1972,
si era laureato a Verona nel 2001.
Qualcuno ricorda certe domande
fatte da fondo aula alle quali non
sempre i professori avevano la risposta
pronta. Resta dall'inizio della sua
carriera nell'alveo della Medicina del
Territorio, che considerava centrale.*

*Da sempre sosteneva che la
chiave del buono sviluppo della
Sanità sarebbe dovuta essere lo
spostamento del riferimento del
cittadino dall'ospedale al territorio.
Vantava un CV di assoluto rispetto
che scherzosamente definiva "simile
all'Aria del Catalogo del Don
Giovanni... Puro collezionismo".
Oltre infatti alla Formazione Specifica
in Medicina Generale, spiccano
competenze e corsi che spaziano
dalla medicina palliativa, che
esercitava con amore ed estrema
competenza in collaborazione con
ANT, all'alta formazione anche come
istruttore ALS e BLS, alla medicina
delle Emergenze e Urgenze sino a
mettere in piedi, con la Cooperativa
Azalea di cui fu anche Direttore
Sanitario, il punto di Primo Soccorso
Aerportuale al Valerio Catullo.*

*Da circa 10 anni era anche il Direttore
Sanitario della Società Nazionale
di Salvamento Sezione di Verona
e provincia, ed era stato Direttore
Sanitario di alcuni Poliambulatori.
Seguiva anche questioni di
management e organizzazione
delle Professioni Sanitarie.*

*Dal 2011 è stato Consigliere del
nostro Ordine e colonna portante
della Redazione di Verona Medica.*

*Impegnato nelle varie commissioni
ordinistiche era diventato punto di
riferimento costante nelle attività che
coinvolgevano la medicina generale.*



*Profondo conoscitore delle normative
giuridiche, di temi fondanti come
la gestione dei dati sensibili,
era per tutti un riferimento.*

*Mente acuta e brillante, con il
suo tablet, quasi un'estensione
della sua persona, era sempre
disponibile e indispensabile.*

*Ma era appunto nella Medicina
Generale, lì dove la medicina, la
vita delle persone e la filosofia si
incontrano ed entrano nelle case, che
la sua profonda passione, espressa in
anni di Continuità Assistenziale svolta
con grande professionalità, si rivelava.
È stato faro, guida e ispirazione per
i colleghi con i quali aveva costruito
una Equipe affiatata nella sede di
Guardia Medica di Marzana.*

*Carlo non intendeva la professione
solo come assistenza diretta al
paziente, ma anche come impegno,
all'interno di FIMMG, al fine di
migliorare l'organizzazione della
Medicina insegnata dai nostri
Maestri, e all'interno dell'Ordine,
per tutelare i valori deontologici
ed etici del "Prendersi Cura".*

*Uomo arguto e riflessivo, un suo
motto era "È necessario essere
sempre molto riservati, dire solo
ciò che bisogna dire". Subito dopo
l'improvvisa scomparsa, in poche
ore un folto gruppo si è coagulato
attorno alla sua memoria e molti
di noi scoprono una persona che
non conoscevano. Il convergere dei
ricordi fa pensare a quei preziosissimi
diamanti dal taglio "a brillante", il cui
maggior valore è l'infinito numero
di sfaccettature che nessuno può
guardare contemporaneamente.*

*Stiamo dolorosamente ricostruendo
questo brillante, ciascuno col pudore
di poter dire qualcosa che ad altri non
era stato concesso conoscere... e per
questo è così difficile raccontare Carlo
Matteo. Impossibile dimenticare la
sua bravura a suonare la chitarra, che
non era solo intonare per gli amici
"Knocking on Heaven's door" o "Smoke
on the water" o "I giardini di marzo"...
ma anche incantare con la maestria
di un ammaliante Aranjuez. Profondo
conoscitore di questioni teologiche, in
particolare del Vangelo di Giovanni,
di San Paolo, Sant'Agostino, è stato
attento estimatore di tutte le idee
che promuovessero la crescita del
singolo e dell'intera società... fino
all'impegno politico, anche quello
sempre espressione di una politica
nobile e utile, che promuove il valore
della Libertà e del Bene Comune.
Ricordava spesso il motto di Pertini
che diceva che "la moralità dell'uomo
politico consiste nell'esercitare il
potere che gli è stato conferito al
fine di perseguire il bene comune".
Ha unito la passione per von Hayek,
Reagan e la Lady di Ferro Margaret
Thatcher, traendone un Liberismo,
declinato nei Tea Party, in cui una
bella sera decretò, in un discorso
memorabile per la passione che infuse,
che il Canton Veronese dichiarava
la sua Indipendenza Morale.*

*Amava il Bello, la bella scrittura Carlo
Matteo, sentire le pagine fruscicare
sotto le dita, sul suo profilo social
si possono trovare poesie sue che
citano Ungaretti o Montale. Non
aveva un impermeabile, aveva un
Burberry. Non aveva un capello,
aveva un Borsalino. Da ultimo si
ricordi il suo amore per la storia e
le rievocazioni storiche in costume.
Nel '94, aveva basettoni che per
per qualcuno erano da Radetzky,
ma che per altri erano quasi
rabbini, che ogni tanto risfoderava,
come in questi ultimi tempi.*

*Se n'è andato in modo eclatante,
quasi con l'onore di un Generale
austro-ungarico. Se ne va un
gentiluomo colto e sensibile; lascia
tanto, tantissimo, ai colleghi e
agli amici, se ne va circondato
da quello che un collega ha
definito "un frastuono mai visto
attorno a un ragazzo"... se ne
va lasciando un vuoto infinito.*

M. CABRIOLU, A. HORHOI, A. VAONA, R. MORA.

25 maggio 2020

Ricordo di Carlo Matteo Peruzzini

Salutiamo il nostro amico
e collega Carlo
Ma non sprechiamo le parole,
perchè sappiamo il valore che lui
dava alle parole, ma anche ai silenzi
E ai rischi delle troppe parole

Carlo è stato medico e dirigente
sindacale a Verona, a livello
regionale e nazionale.
Lo testimoniano il ricordo di Silvestro
Scotti segretario Nazionale di
FIMMG, di Sina Maio segretaria
nazionale della Continuità
Assistenziale, e di FIMMG Veneto.
Carlo è stato consigliere stimato
dell'ordine dei medici di Verona e
animatore di tante iniziative culturali,
di assistenza e di formazione.

In questi ruoli Carlo è sempre
stato competente, positivo,
leale e disinteressato

Non sempre è così tra di noi.

Non sprechiamo il messaggio di una
vita. E il dolore per questa morte

Carlo è stato medico tra
medici e tra la gente
La sua morte è avvenuta in un
momento di isolamento sociale, di
solitudini, di paure, di angosce che
hanno toccato tanti nostri colleghi...
oltre che di scintille di solidarietà.

Mi rivolgo ai medici.
Non sprechiamo i messaggi
che ci vengono dal silenzio
in cui ci lascia Carlo.

Non cediamo alla retorica dei
medici eroi che lava le coscienze
e anestetizza le responsabilità.
Niente applausi.
Niente sentimentalismi dolciastrì.

Ma una riflessione profonda
che deve nascere anche da qui,
davanti alla bara di Carlo, sulla

frattura tra sanità e società, tra la
medicina e la vita delle persone.
Alla ricerca di senso e di pratiche
della medicina che rendano
più umane le comunità dove
operiamo, le relazioni tra di
noi e le nostre stesse vite.

Infine un pensiero alla
famiglia di Carlo.
Forse ve lo abbiamo un po'
rubato. E lui si è caricato di
tanti impegni tra di noi.

Ringrazio a nome di tutti i
medici di famiglia e di continuità
assistenziale di Verona: la mamma,
il papà, il fratello Tommaso e
anche l'altro fratello lontano, per
la persona che ci avete regalato,
che ci ha aiutato, e che ci aiuterà
ancora, ad essere migliori.

GUGLIELMO FRAPPORTI

Ciao Carlo,
Ciao Matteo, amico caro.
So che mi stai sentendo, sono Lucio Cordioli.
Sono qui a rappresentare il Presidente dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri, Carlo Ruggiu.
A rappresentare il Consiglio dell'Ordine di cui "fai parte".
Sono qui a portarti la vicinanza, il saluto e l'affetto dei medici veronesi.
Vedi che c'è la nostra bandiera, la bandiera della professione medica.
Essa rappresenta l'onore che i colleghi in questo momento ti
rendono per il tuo impegno quale consigliere dell'Ordine.
Eri il più giovane ma...quanta competenza,
equilibrio, passione nei tuoi interventi.
Mai una parola sopra le righe.

Ora sei al di là di un muro invisibile ma ti
sentiamo vivo in noi, nei nostri cuori.
Lo sarai sempre.
Non amavi la ribalta, né i panegirici.
Io immagino che tu, col tuo sorriso,
ci stia suggerendo una cosa: non dimenticatemi!
Ti prometto che non lo sarai!
La verità è che troppo presto te ne sei andato.
La verità è che, senza di te, e lo capiamo solo adesso,
siamo e saremo più poveri e più soli.
Anche tu non dimenticarci.

Ciao Carlo.
Ciao Matteo, amico vero.

LUCIO CORDIOLI

A bocce ferme

“Non c'è dubbio che la Sanità debba essere pubblica e universale.

In Europa, negli ultimi decenni, siamo stati vittime delle direttive neoliberiste che hanno insistito sulla riduzione dei servizi pubblici in generale.

Programmare la gestione degli ospedali come se fossero aziende significa concepire i pazienti come merci da inserire in un ciclo produttivo.

E questo è un altro esempio di come una visione puramente finanziaria possa produrre disastri sul piano umano e sanitario”

EDGAR MORIN

Ho fatto alcune considerazioni “a bocce ferme” sulla pandemia da Covid 19, che riguardano: che cosa abbiamo osservato, che cosa abbiamo imparato, con che spirito possiamo guardare ai prossimi mesi, quali cambiamenti desideriamo per la Sanità dei prossimi mesi.

Che cosa abbiamo osservato e imparato dalla pandemia? Quali differenze abbiamo osservato fra Lombardia e Veneto?

Nonostante i segnali di allarme provenienti dalla Cina alla fine di gennaio, complici la mancanza di un piano per fronteggiare la pandemia in molte regioni ed il ritardo nel prendere decisioni che avrebbero impattato favorevolmente su alcuni cluster (si pensi alle infinite discussioni e scarico di responsabilità fra Governo centrale e Amministrazioni regionali nel dichiarare “zone rosse” alcuni Comuni della Lombardia, ai provvedimenti spesso tardivi e contraddittori, spesso in competizione fra Governo e Regioni), possiamo tranquillamente affermare che il virus ci ha colti di sorpresa.

Non mi piace mutuare il linguaggio bellico in Sanità, e quindi non parlerò di caduti, di eroi, di trincee, di battaglia contro il virus, ma non possiamo dimenticare che molti, troppi, di noi sono morti. Purtroppo, abbiamo pagato un prezzo in termini di vite umane

di Medici e di Operatori Sanitari che non ha eguali nel mondo e che non dovrà essere dimenticato! Dal punto di vista clinico, dopo quattro mesi era abbastanza evidente come la malattia da coronavirus fosse trattabile con successo se presa all'inizio...., ma per fare questo era necessario che fosse già radicata e collaudata un'articolata organizzazione di Medicina Territoriale. A tal riguardo, la pandemia ha evidenziato come esistessero, potremmo dire “a livello sub-clinico”, disomogeneità e differenze nelle strutture sanitarie e nelle diverse Organizzazioni Sanitarie Regionali, sia per quanto riguarda la Medicina del Territorio che per l'assistenza Ospedaliera.

Abbiamo osservato indicatori della gravità della pandemia molto diversi in Veneto e in Lombardia, due regioni del nord Italia limitrofe, abitate da popolazioni con caratteristiche socio-demografiche sostanzialmente simili: età media Lombardia vs Veneto 45.9 vs 45.4 anni; aspettativa di vita: 84 anni per entrambe. Nella nostra regione la Medicina Territoriale ha fatto da baluardo e da filtro alla pandemia rispetto a quanto successo in Lombardia, contribuendo ad arginare i ricoveri in Ospedale (25.1% in Veneto vs 51.5% in Lombardia), a limitare i contagi e la mortalità nella cittadinanza (tasso di mortalità per 100.000 abitanti: 186 in Veneto vs 445 in Lombardia) e fra gli Operatori sanitari (4.4 % in Veneto vs 14.3 % in Lombardia).

I Medici di famiglia hanno tenuto in isolamento domiciliare in Veneto una percentuale di pazienti molto più alta (74.9%) rispetto a quanto è stato fatto in Lombardia (43.5%).

I dati, nel loro complesso, dimostrano come l'emergenza sanitaria nella vicina Lombardia si sia ben presto drammaticamente trasformata in un'emergenza umanitaria. Questa situazione è stata segnalata tempestivamente alla comunità scientifica in marzo in una lettera inviata al NEJM da Mirco Nacoti, a nome di un gruppo di medici della



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

Rianimazione dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Egli sottolineava come gli allarmi che preannunciano la crisi umanitaria fossero già presenti nella provincia di Bergamo. Essi sono sostanzialmente due: il primo allarme è quando le risorse che sono a disposizione sono molto inferiori ai bisogni; il secondo elemento è che in queste situazioni diventa fondamentale la medicina di comunità, e non le terapie intensive, sulle quali si è scaricata l'ondata di pazienti nelle prime settimane di pandemia nel Bergamasco. “L'epidemia – sostiene Nacoti – si ferma con una buona risposta del territorio, proteggendo gli operatori sanitari”. Al contrario, nel Veneto il sistema Ospedaliero non è collassato, ed ha resistito all'ondata pandemica sostanzialmente grazie alla diga della Medicina del Territorio: questa osservazione conferma, qualora ve ne fosse ancora bisogno, che la tenuta del SSN si regge su due pilastri: il sistema ospedaliero e la medicina del territorio.

In realtà, per ritrovare la spiegazione agli effetti molto diversi della pandemia sulla popolazione e il differente impatto sul sistema sanitario regionale, bisogna fare un viaggio all'indietro nel tempo e cercare di capire come Lombardia e Veneto fossero arrivate a quella ipotetica linea di partenza, che potremmo fissare alla fine di gennaio di quest'anno. Bene, supponiamo che i due sistemi sanitari regionali siano due ciclisti, partiti insieme, che in pianura pedalano insieme, più o meno alla stessa andatura, anzi la Lombardia è

considerata una regione leader in Italia sotto tanti punti di vista, compreso quello sanitario. Quindi, ci si potrebbe aspettare (ci si sarebbe aspettato!) che il ciclista lombardo (quindi, il SSR lombardo) sarebbe andato incontro a migliori prestazioni, una volta che si fosse trovato in una condizione di stress per il sistema sanitario regionale.

Fino all'inizio dell'anno i due ciclisti (i due SSR) pedalavano più o meno tranquillamente, "di pari passo".

Ma quando è scoppiata la pandemia (e sono iniziate "le salite" per i due ciclisti), le cose sono cambiate radicalmente, e sono venute fuori le differenze nella organizzazione: dei due, quello che aveva fatto una preparazione specifica, il Veneto, che aveva una medicina territoriale ben attrezzata e radicata, ha cambiato passo ed è riuscito ad affrontare le salite, con successo, contenendo le perdite.

La Lombardia, che non si era preparata ad un'evenienza che avrebbe coinvolto il territorio, anzi, veniva da decenni nei quali la Medicina Territoriale era stata sistematicamente smantellata, con una visione della sanità ospedalocentrica, che aveva privilegiato in particolare la sanità privata; tuttavia, vale la pena sottolineare come il numero di posti letto per acuti fosse sostanzialmente identico in Lombardia rispetto al Veneto (3.05 rispetto a 3.01 per mille abitanti); quindi, quanto accaduto nella vicina Lombardia non è dipeso da una carenza di posti letto. In Lombardia, però, tutta la massa di pazienti si è rivolta direttamente alle strutture ospedaliere, sovraccaricando le risorse umane e la disponibilità di posti letto: potremmo affermare che su queste salite, il ciclista lombardo si è "impiantato"; la conseguenza è stata che il sistema non è più riuscito a far fronte al carico di pazienti che giungevano negli ospedali senza il filtro della Medicina Territoriale.

Quest'ultima in Lombardia era in una situazione di disagio latente come evidenziato dai seguenti numeri: "in Lombardia c'è un laboratorio di Sanità Pubblica ogni tre milioni di abitanti, nel Veneto 1 ogni 500.000; in Lombardia ci sono otto dipartimenti di Prevenzione pubblica (1 ogni 1.2 milioni di

cittadini), contro i nove del Veneto (1 ogni 500.000 persone)." Anche l'assistenza domiciliare è "meno presente" in Lombardia, dove 1.4 persone /100.000 abitanti sono seguite dai servizi di assistenza e cure a domicilio, contro le 3.5 persone /100.000 abitanti del Veneto", afferma Riccardo lacona nel suo recente pamphlet, "Mai più eroi in corsia".

Questa situazione, nel suo complesso, ha determinato il tracollo del sistema sanitario in Lombardia, nella quale l'emergenza sanitaria si è ben presto drammaticamente trasformata - come abbiamo già detto - in un'immane emergenza umanitaria. In Lombardia, si sono poi aggiunte variabili specifiche legate alle attività produttive, al pendolarismo dei lavoratori e alla concentrazione di alcune attività economiche, aggravate da alcuni eventi sportivi di massa, svoltisi ugualmente nonostante fosse facile prevedere che gli assembramenti dei tifosi avrebbero amplificato il contagio. Appare altresì evidente come, "l'organizzazione del sistema sanitario e la solidità dell'infrastruttura sanitaria pubblica sembrano aver avuto un ruolo importante nelle differenze di esiti osservate in Lombardia e Veneto", conferma Francesca Russo, direttrice dei Dipartimenti di Prevenzione del Veneto.

Come ci siamo comportati durante la pandemia?

Come medici, ci siamo dovuti abituare rapidamente a un diverso modo di rapportarci con i pazienti; abbiamo lavorato coperti da tute, visiere, guanti (troppo spesso non disponibili, pensiamo a quanti Medici di famiglia non hanno avuto un rifornimento di DPI, non hanno avuto un canale di approvvigionamento preferenziale, anzi spesso se li sono dovuti comprare di tasca loro!), con mascherine che ci coprivano il viso e che hanno reso molto più difficile far trasparire le nostre emozioni, mostrare il nostro sorriso (e noi tutti sappiamo quanto è importante un sorriso o un saluto affettuoso), ancor più in pazienti che per motivi sanitari, dovevano rimanere isolati a domicilio. Quindi, la relazione medico-paziente improvvisamente è dovuta cambiare, ma ciononostante essa ha dato grandi

soddisfazioni ai Medici e la loro presenza è stata molto apprezzata dai pazienti, e non ha attenuato l'empatia con gli assistiti, come ci ha descritto bene Caterina Pastori nell'editoriale di giugno.

Che cosa ci ha ricordato la pandemia?

Ci ha fatto riscoprire che noi medici siamo una comunità, non siamo soli dietro agli schermi dei pc, negli ambulatori, non dobbiamo isolarci nelle nostre attività; durante i frequenti webinar che si sono svolti durante il lockdown, quelli organizzati dal Centro Studi della FIMMG di Verona sono stati molto seguiti e apprezzati: in quelle occasioni abbiamo riscoperto che, nonostante le difficoltà del momento, eravamo uniti e pronti a confrontarci, ad aiutarci.

Inoltre, la pandemia ci ha aiutato, specie negli ospedali, a ritrovare relazioni fra noi medici con gli infermieri, con gli ausiliari, con tutti quelli con i quali abbiamo condiviso le settimane nelle quali i pazienti morivano senza avere la possibilità di un bacio, di una carezza dai loro cari: una morte disumana.

È stata un'esperienza che ha lasciato il segno in chi ha vissuto quelle settimane in corsia, un'esperienza che tutti noi ci auguriamo che non debba ripetersi. I mesi della pandemia ci hanno lasciato in eredità la convinzione che con tanta buona volontà e umiltà la collaborazione fra la Medicina del Territorio, la Medicina Specialistica e l'Università è possibile, è realizzabile, e porta a grandi risultati. Questa collaborazione fra Colleghi con esperienze diverse - vissuta durante i webinar di cui sopra - costituisce un elemento indispensabile per mantenere un livello culturale elevato del nostro prezioso Servizio Sanitario, e, di conseguenza, per poter garantire prestazioni di qualità ai nostri Concittadini.

Lavorare in rete significa anche sinergia di intenti fra le Istituzioni, gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri e le Rappresentanze Sindacali: questa attività potrà facilitare un razionale impiego delle risorse economiche e un ritorno a livelli di "sicurezza" del livello di funzionamento del nostro Sistema Sanitario: lo dobbiamo a chi - medici e operatori sanitari - ha perso la vita lavorando

durante la pandemia, nell'interesse dei nostri pazienti e a salvaguardia della salute dei nostri concittadini.

Quale Sanità in futuro?

Le "difficoltà" ad affrontare la pandemia sono senza dubbio il prezzo di una politica del risparmio condotta in Sanità per troppi anni, e che ha comportato tagli di posti letto, di personale, e, soprattutto in alcune regioni, scarsa attenzione e organizzazione delle cure territoriali. Non sappiamo se e quando arriverà la seconda ondata della pandemia, ma è facile pensare che la partita con il Covid non sia finita qui; per il futuro dovremo farci trovare "pronti": sono necessari investimenti importanti per adeguare il SSN, per rinforzare i laboratori pubblici, i dipartimenti di prevenzione e l'assistenza domiciliare. "I 37 miliardi di euro che potremmo ricevere dal MES corrispondono esattamente ai 37 miliardi di tagli nella Sanità negli ultimi 10 anni", dice Francesco Longo, economista e membro del comitato scientifico di Cergas Bocconi; che sia MES o Recovery Fund, resta l'urgenza di sostenere il SSN in modo strutturale con una spesa di 40 miliardi in dieci anni.

"Il SSN ha ridotto l'esborso per investimenti, infrastrutture e macchinari, portando il tasso di obsolescenza tecnologica al 90%, al punto che i soldi accantonati ogni anno per l'acquisto di nuovi strumenti non sono stati neppure sufficienti a coprire la perdita di valore annuale e delle attrezzature in dotazione" afferma Longo. "Con i soldi del MES sarebbe possibile avviare un piano di assunzione di 50.000 medici del SSN in vista del loro progressivo pensionamento nei prossimi anni, e un recupero del cronico sotto-organico degli infermieri nel nostro Paese, oltreché programmare un rinnovo del parco tecnologico infrastrutturale: nuovi macchinari potrebbero dare vantaggi enormi, aumentando la produttività del personale, rendendo più efficaci le attività e contribuendo ad accorciare i tempi di attesa" che è una delle priorità da affrontare nel post Covid.

Ma dove li mettiamo questi macchinari nuovi, se in alcune aree del Paese mancano gli ospedali o abbiamo prevalentemente ospedali piccoli e vecchi?

Oggi c'è un notevole sbilanciamento dei grandi hub di cura (1 ogni 1.300.000 abitanti nel Nord e 1 ogni 2.100.000 abitanti nel Sud Italia, dove, viceversa, il 75% degli ospedali ha meno di 200 posti letto): questa disparità di geolocalizzazione ospedaliera favorisce la migrazione dal Sud verso le regioni del Nord, che poi presentano il conto, per esempio, alla Calabria, che deve pagare ad altre Regioni oltre l'80% dei ricoveri dei calabresi, impoverendo ulteriormente le risorse economiche, già provate da decenni di sprechi e di depauperamento del sistema sanitario.

Ci aspettiamo dal Governo un segnale chiaro e inequivocabile: che la Salute del Paese e il funzionamento del nostro SSN siano considerate una delle priorità della agenda politica dei prossimi mesi.

Un'altra cosa che ci aspettiamo dalla Politica è la condivisione con la classe medica delle scelte di programmazione sanitaria; noi medici dovremo fare la nostra parte, per riappropriarci della Governance della Sanità, per troppi anni lasciata in mano ai politici.

Nel Veneto, questo significherà rivedere i tagli dei posti letto fatti al sistema ospedaliero pubblico a favore del privato convenzionato: la medicina ospedaliera dovrà essere ripensata, tenendo conto di come è invecchiata la popolazione (si pensi solo al fatto che nel 1950 gli ultra sessantacinquenni erano tre milioni, oggi ne abbiamo oltre 17 milioni), quindi, con una particolare attenzione alla prevenzione e agli aspetti geriatrici della Medicina. La sostenibilità e la sopravvivenza del nostro SSN dipendono anche dal buon funzionamento delle cure primarie, che sono state oggetto di tagli sempre più gravi.

A livello del territorio, diversi sono i punti che meriteranno attenzione: le apicalità vacanti delle funzioni territoriali dovranno essere coperte, i posti rimasti liberi per il pensionamento di tanti medici dei distretti dovranno essere messi a concorso, i dipartimenti di prevenzione dovranno essere potenziati e messi in condizioni di interagire da un lato con i Medici di Famiglia - "i veri Medici del futuro", e con gli Ospedali, dall'altro.

Infine, e non è poca cosa, dovrà essere ripensata una nuova Medicina Scolastica, in passato accantonata troppo in fretta, una medicina scolastica che guardi alle mutate condizioni epidemiologiche e alla necessità di poter garantire un accesso a Scuola in sicurezza ai nostri figli e ai nostri nipoti.

In conclusione, l'augurio è che questo editoriale possa offrire spunti per comprendere meglio quanto è successo, ed essere preparati, in futuro, ad affrontare un'evenienza simile.

Di una cosa sono certo: non dovremo mai dimenticare i quasi 36.000 Italiani, i 180 Medici e i numerosi Operatori Sanitari che sono morti nei mesi scorsi: il nostro impegno quotidiano lo dobbiamo anche a loro.

CARLO RUGIÙ

Riferimenti bibliografici

Marco Geddes de Filicaia. *La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Sistema Sanitario equo ed efficace*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2018.

Giuseppe Remuzzi. *La salute (non) è in vendita*. Editori Laterza, Bari-Roma, 2018.

Riccardo Iacona. *Mai più eroi in corsia. Cosa ha insegnato il Coronavirus al SSN*. Piemme Editore, Milano, 2020.

Sandro Giroto, Gio Batta Gottardi, Ercole Concia, Claudio Micheletto. *Covid-19: da una nuova malattia l'occasione per una nuova Medicina. Storie di cura e del virus che insegnò a cooperare*. C.G. Edizioni Scientifiche, Torino, 2020, in press.

Mirco Nacoti et Al. *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*. NEJM Catalyst, March 21, 2020.

Silvio Garattini. *Una fondazione, con esperti e senza burocrazia. Idee per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale*. Il Foglio, 11 maggio 2020.

Adriana Bazzi. *L'epidemia passerà come peste e Spagnola. Anche ora si vincerà con la Sanità Pubblica*. Corriere della Sera, 18 maggio 2020.

Maurizio De Fazio. *Noi Medici di famiglia, in trincea, ma esclusi*. L'Espresso, 31 maggio 2020.

Erminia Bottiglieri. *Covid-19, uno stress test per il Servizio Sanitario*. Quotidianosanità.it, 8 giugno 2020.

Caterina Pastori. *Pandemia: la nuova sfida per la Medicina Generale*. Verona Medica, anno LV, 2: 4, 2020.

Milena Gabanelli, Simona Ravizza. *Sanità, le liste d'attesa raddoppiano i tempi*. Corriere della Sera, Dataroom, 24 giugno 2020.

Giovambattista Desideri. *Non si muore di solo Covid-19*. M. D. Medicinæ Doctor, 5: 32-34, 2020.

M. Bonati. *Perché la Lombardia è un outlier: un'anomalia evidenziata dalla Covid-19*. Medico e Bambino 2020;39(5):279-282

Ottavio Di Stefano. *Gli anelli della catena*. https://www.ordinemedici.brescia.it/archivio10_notizie-e-comunicati_1_2086.html

I ragazzi del "99"

Quello che è capitato in questi mesi ha sovvertito molte abitudini e modi di pensare.

Lo "smart working" non è più una rarità e sta diventando un modo di lavorare anche per i medici. Sono stato a sostituire un collega e ho scoperto che ora le visite si fanno "a distanza".

Alla gente si raccomanda di starsene a casa anche quando potrebbe tranquillamente venire in studio e si cerca di risolvere i problemi per telefono mentre prima ci lamentavamo di quelli che ce lo chiedevano.

Si usa sempre più spesso la telemedicina e pare che le norme sulla privacy non interessino più a nessuno. Chi è in quarantena viene controllato dalle "app" inserite nel cellulare, si inviano le ricette con dei normalissimi SMS, con WhatsApp ed in posta elettronica e c'è chi visita via Skype e per posta elettronica.

Abituato a lavorare guardando la gente negli occhi, mi sono ritrovato a visitare per telefono e via email. Quelli che, coraggiosamente, venivano in ambulatorio dovevano indossare la mascherina che rende impossibile cogliere le emozioni e ogni contatto fisico che non sia indispensabile è bandito. Quando chiedo di effettuare la visita (quella classica col suo bravo esame obiettivo) venivo guardato con stupore ed anche con qualche sospetto.

Mi sono trovato a disagio come se avessi dovuto fare un lavoro nuovo. Quarant'anni di professione... e nel giro di qualche mese sembra che sia cambiato quasi tutto.

Tra i miei ricordi c'è ancora quello del primo paziente che mi aveva chiesto consulto via email inviandomi in allegato la foto della sua eruzione cutanea.

Ne avevo preso spunto per un editoriale intitolato "e-patients" in cui mi chiedevo se quello sarebbe potuto diventare un modello di lavoro del futuro. Non avrei mai pensato che l'evoluzione potesse essere proprio questa. Rispondere alla posta elettronica è ora così importante da dover essere inserito come una parte integrante dell'orario di ambulatorio.

Quando questa fase emergenziale sarà finita sarà mai possibile tornare a lavorare come prima? O sarà inevitabile dover ripensare i modelli sanitari e riconsiderare l'uso della tecnologia della comunicazione (a quel punto anche dei sistemi di intelligenza artificiale) per erogare cure senza contatto interpersonale. Se sarà così cosa ne sarà di quella quota di empatia e partecipazione che è sempre stata una parte importante del nostro lavoro?

La pandemia potrebbe diventare per la nostra professione una svolta come lo è stato l'11 settembre per i voli aerei. Dovremo aspettarci una nuova normalità in cui il contatto con i pazienti sarà per sempre ridotto al minimo? Se sarà così dove finirà "l'arte medica"?

In mezzo a questi stravolgimenti sono arrivati a darci una mano, direttamente dall'Università senza l'esame di stato, i giovani neolaureati. Catapultati direttamente nelle corsie di ospedale e negli ambulatori, come avvenne nel 1918 per i "ragazzi del '99". Per loro quest'anno non ci sarà la festa del giuramento professionale; subito rischi, lavoro e sacrifici. E una medicina spersonalizzata e senza emozioni in cui la "macchina" potrà aspirare a sostituirsi al medico.

Chi tra noi avrà l'occasione di accoglierli, veda di farlo con affetto e simpatia, prodigo di suggerimenti e consigli.



A emergenza finita, non pochi tra loro, si ritroverà disoccupato o sotto-occupato, a dover partecipare ai test di ammissione alle scuole di specialità.

Vi parteciperanno in 22.000 per 8.500 borse di specializzazione. Una parte di questi "ragazzi" si ritroverà così disoccupata e costretta ad emigrare in altri Paesi dove i medici sono Eroi sempre, non solo quando lavorano 20 ore al giorno in condizioni precarie e durante una epidemia.

Spero che tra le lezioni lasciateci dalla pandemia ci sia quella capace di far capire ai nostri governanti che è necessario aumentare i fondi per la sanità fin da subito, non quando saremo costretti a chiederci come sia morto il nostro Sistema Sanitario Nazionale e dove siano finiti i medici che avevamo preparato.

A quei "ragazzi" auguro di vedere la fine di questo brutto periodo, di poter godere di un rinnovato rispetto e di una maggior considerazione da parte della gente, sia per quello che sono sia per quanto avranno dato in questi mesi di sacrificio.

Auguro loro di poter lavorare senza la paura delle novità, tesORIZZANDO gli insegnamenti di questi tempi, potendo riscoprire e conservare, nella relazione con i pazienti, quella componente di umanità e vicinanza che ha sempre fatto la differenza tra noi e la macchina.

ROBERTO MORA

Il naufragio: perché la seconda ondata ci ha travolto

"Il problema di questo mondo è che le persone intelligenti sono piene di dubbi e i cretini sono pieni di certezze."

BERTRAND RUSSELL

La pandemia da Covid 19 sta mettendo a dura prova anche il Servizio Sanitario del Veneto ed i mesi che ci aspettano saranno per tutti molto difficili.

Abbiamo osservato come in primavera il sistema Ospedaliero Veneto abbia resistito discretamente all'ondata pandemica grazie anche alla diga della Medicina del Territorio: questa osservazione ha confermato, qualora ve ne fosse ancora bisogno, che la tenuta del SSN si regge su due pilastri, fondamentali l'uno per l'altro: il sistema ospedaliero e la medicina del territorio.

Inoltre, i primi mesi della pandemia ci hanno lasciato in eredità la convinzione che con tanta buona volontà e umiltà la collaborazione fra la Medicina del Territorio, la Medicina Specialistica e l'Università è possibile, è realizzabile, e può portare a ottimi risultati. Questa collaborazione fra Colleghi con esperienze diverse – vissuta nel corso di numerosi webinar di studio, di confronto, di aggiornamento - ha costituito un elemento indispensabile per mantenere un livello culturale elevato del nostro prezioso Servizio Sanitario, e, di conseguenza, per poter garantire prestazioni di qualità ai nostri Cittadini.

Peraltro, non possiamo tacere come anche nel Veneto i tagli lineari del passato, la riduzione dei posti letto per acuti, la carenza di strutture

intermedie, i tagli alla medicina del territorio, insieme alla mancata assunzione di Personale Medico e del Comparto, abbiano contribuito a creare delle voragini nelle piante organiche, obbligando gli Operatori della Sanità ad affrontare sempre più frequentemente orari e turni di lavoro estenuanti.

Dobbiamo ancora una volta rilevare come siano caduti nel vuoto gli appelli che da ormai 10 anni facciamo, richiamando l'attenzione della Regione e delle Università sulla necessità di una migliore programmazione nella formazione dei MMG e degli specialisti.

Da oltre 10 anni si sapeva che dopo il 2020 la gobba pensionistica dei baby boomers avrebbe portato ad una carenza di medici, che traeva origine da una insufficiente programmazione di borse di studio per gli specializzandi; purtroppo, questi appelli sono caduti nel vuoto ed ora, complici *quota 100* ed il legittimo desiderio di andare in pensione, in presenza di turni di lavoro, di guardie, di carenze di personale, ha fatto sì che questa preannunciata penuria di dirigenti medici sia stata drammaticamente accentuata dalla pandemia.

Altro - già noto - tallone di Achille del nostro SSN è sempre stata l'insufficiente integrazione Ospedale-Territorio.

La mancata attuazione di ospedali di comunità, ha reso ancora più difficile far fronte alla sempre maggiore richiesta di cure per pazienti cronici. Nella situazione pandemica questo aspetto è diventato ancora più rilevante, creando situazioni di affollamento delle corsie di ospedale, specie nei reparti destinati a quei pazienti Covid che non necessitava-

no più di un setting assistenziale di alto livello, ma che, al tempo stesso, non erano in condizioni di tornare direttamente a casa, o che per ragioni di persistente positività al tampone naso-faringeo non potevano rientrare al proprio domicilio, pena il rischio di creare dei focolai di contagio nell'ambito familiare.

Che cosa dire di fronte alla seconda ondata pandemica?

Lasciamo per ora in sospeso la questione, non secondaria, della esistenza o meno di *un piano italiano di prevenzione delle pandemie*, aggiornato, da parte dell'OMS.

Certamente, le recenti inchieste giornalistiche televisive, la pubblicazione on line di studi, poi repentinamente fatti sparire, lo scambio di mail dal tono avvelenato fra il direttore aggiunto dell'OMS Ranieri Guerra e i suoi collaboratori veneziani ci hanno fatto molto pensare.

Per il momento non possiamo far altro che aspettare che le indagini in corso chiariscano eventuali mancanze e responsabilità, ma il quadro complessivo che si va delineando non è affatto confortante.

Questa seconda ondata non è giunta inattesa. Erano almeno sei mesi che, a dispetto di un'estate di vacanzieri incoscienti che affollavano spiagge e discoteche (*"L'estate allegra ci è costata 20.000 morti"*, Massimo Galli), si sapeva che sarebbe arrivata.

Eppure - come ricordato da Pierluigi Battista sul Corriere della Sera - *"tantissime cose che si sarebbero potute fare dalla fine del lock down ad oggi non sono state fatte. Rinviare. Lasciate lì..., in sospeso, a volte mai avviate... Erano preziosi i mesi*

trascorsi...” Preziosi per andare subito a recuperare le dosi necessarie del vaccino anti-influenzale (anche qui il Veneto si è comportato meglio, ma non dimentichiamo la grave carenza di vaccino sofferta in Lombardia e, dobbiamo sottolinearlo, anche da parte dei MMG e delle farmacie del Veneto, che stanno procedendo alla vaccinazione antinfluenzale a rilento). Sono stati mesi non adeguatamente sfruttati per cercare di coprire il fabbisogno di personale che avrebbe dovuto gestire l'aumento dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva richiesti a livello centrale.

Da almeno sei mesi, sapevamo che ci sarebbe stata una seconda ondata autunnale (*“Una seconda ondata in autunno...è una certezza”*, Walter Ricciardi, 17 aprile 2020; Seconda ondata in autunno?dobbiamo considerarla possibile”, Roberto Speranza, 22 luglio 2020), ed ora che siamo nel bel mezzo di questa seconda ondata ci rendiamo conto che, a vari livelli, quei sei mesi di intervallo non sono stati adeguatamente sfruttati a livello politico e a livello di Comitati scientifici per mettere in atto tutte quelle misure che ci avrebbero permesso di far fronte ad una situazione che proprio in queste settimane si sta rivelando ancora più drammatica di quella vissuta in primavera.

Purtroppo c'è una lentezza decisionale, un rimando di responsabilità da Commissione a Comitato tecnico scientifico, una lentezza a livello di Consiglio dei Ministri e di Ministero della Salute a prendere decisioni tempestive (si pensi solo ai 5 DPCM che sono stati emanati nell'arco di poche settimane ...).

Non siamo riusciti ad avere un interlocutore valido che si sia preso la responsabilità di fare delle scelte, di programmare la apertura di reparti durante l'estate, di eseguire quei lavori strutturali negli ospedali, specie in quelli più datati, in grado di garantire la suddivisione fra percorsi sporchi e percorsi puliti.

Altri ancora sono i punti che necessitavano di maggiore attenzione durante l'estate: il potenziamento della

medicina del territorio e degli operatori in grado di tracciare i contatti; il reperimento e l'allestimento di Covid hotel, da utilizzare quando ce ne fosse stata la necessità.

Ci domandiamo: perché tanta ostinazione nell'ordinare banchi con le ruote per un sistema scolastico che dopo due mesi era già in tilt, ed ora siamo l'unico Paese d'Europa che ha gli studenti a casa, con gravi ripercussioni sulla formazione, sulla socializzazione e sulla crescita dei nostri studenti?

Perché tanta ostinazione nell'assicurare incentivi per monopattini e biciclette elettriche in un Paese nel quale le piste ciclabili sono sempre state una Cenerentola nella mobilità urbana?

Un'analogia improvvisazione e incapacità a creare una rete sanitaria adeguata si è manifestata a livello di rapporti fra dipartimenti di Igiene pubblica e MMG; in particolare, questi ultimi si sono ritrovati, per la seconda volta, ad affrontare a mani nude il Covid, con un supporto da parte delle USCA insufficiente dal punto di vista numerico, e soprattutto con la mancanza di un canale preferenziale per instaurare uno scambio di informazioni con i dipartimenti di igiene.

A questo problema, si aggiunge la, già nota, cronica, difficoltà a dialogare con gli specialisti ospedalieri, che si è

acuita particolarmente in questi mesi, rendendo ancora più difficile l'assistenza ai malati a domicilio: tutto ciò ha facilitato l'invio in Pronto Soccorso di pazienti che potevano essere trattati a casa, se ne avessero avuto la possibilità, oppure si è creata quella situazione sfavorevole per la quale molte famiglie, sentendosi “abbandonate” o non riuscendo a mettersi in contatto col proprio MMG, si recavano spontaneamente in ospedale, intasando ulteriormente le astanterie dei Pronti Soccorsi.

E, fate bene attenzione, perché stiamo parlando del Veneto, una regione leader nella Sanità nazionale, noi veneti sappiamo di vivere in una regione fortunata, nella quale il Governo regionale ha sempre mantenuto un elevato standard qualitativo e quantitativo della assistenza territoriale e ospedaliera, a differenza di quanto si è verificato nella vicina Lombardia, nella quale gli effetti di scelte politiche sciagurate hanno comportato le tragiche conseguenze che ben conosciamo. E c'è un altro problema “critico” da tenere sotto la lente d'ingrandimento, già osservato dopo la prima ondata: infatti, come abbiamo visto durante la scorsa estate, il blocco delle prestazioni sanitarie prenotate e degli interventi già programmati e rimandati a causa della pandemia, hanno determinato un rallentamento della attività ambulatoriale specialistica, con potenziali ripercussioni nega-



tive sulla salute dei cittadini. Queste conseguenze rischiano di essere ancora più pesanti dopo questa seconda ondata, anche se molti direttori di UOC hanno cercato di mantenere invariata l'attività specialistica ambulatoriale, sia per minimizzare il disagio degli utenti, sia per limitare le conseguenze negative derivanti da una riduzione della attività ambulatoriale di follow up delle numerose patologie croniche che affliggono una popolazione con un'età media sempre più avanzata.

Vorrei anche richiamare la vostra attenzione su aspetti particolarmente delicati della comunicazione ai cittadini, aspetti nei quali il ruolo e la competenza del medico diventano critici.

Sorvolo volutamente su un certo protagonismo e narcisismo di alcuni autorevoli esponenti della comunità scientifica che si sono succeduti ai microfoni delle varie emittenti televisive, dando talvolta informazioni contrastanti o fuorvianti per l'opinione pubblica; voglio piuttosto sottolineare come alcuni atteggiamenti e dichiarazioni a proposito dell'imminente disponibilità del vaccino anti Covid abbiano destato più di qualche perplessità.

Fra questi, il prof. Andrea Crisanti che ha recentemente dichiarato *"Senza trasparenza non farò il vaccino per il Covid...vorrei essere sicuro che questo vaccino sia stato opportunamente testato e che soddisfi i criteri di sicurezza e di efficacia"* e di vari esponenti politici – di diversa appartenenza – che si sono affrettati a farci sapere che *"il vaccino sarà gratuito e non sarà obbligatorio"*.

Rispetto in toto la sua affermazione, soprattutto tenendo presente l'autorevolezza della fonte, e ne comprendo il significato; ma, mi domando se tutti abbiano realmente compreso a che cosa si riferissero i dubbi del prof. Crisanti, che rischia, con le sue affermazioni, di fornire un bell'assist al mondo dei no vax.

L'articolo 32 della nostra Costituzione recita: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento

sanitario se non per disposizione di legge e purché la legge rispetti la dignità delle persone". Quindi, se la Legge deciderà che il vaccino anti Covid sarà obbligatorio, dovremo farlo.

Inoltre, l'articolo 117 della Costituzione attribuisce allo Stato - e non alle Regioni - la scelta dei principi fondamentali in materia di salute; e la profilassi vaccinale ricade in questo ambito, come disse nel 2018 la Consulta. Ricordiamoci che le vaccinazioni obbligatorie esistono già (e quante malattie hanno evitato!).

Pertanto, sarà il governo che dovrà decidere – sentito il mondo scientifico – se il vaccino dovrà essere obbligatorio.

Pare, invece, che il governo sia propenso alla solita decisione-non decisione, a metà strada fra il sì e il no, rappresentata da una raccomandazione a vaccinarsi, e un eventuale patentino sanitario, obbligatorio per chi vorrà viaggiare. Dallo staff del ministro Speranza hanno fatto sapere che *"la campagna vaccinale andrà avanti per tutto il 2021 e dobbiamo aspettare qualche mese per capire quale sarà la risposta della popolazione"*.

Intanto, sul sito della "Federazione Rinascimento Italia" è già partita una raccolta di firme contro l'obbligo vaccinale...

Tornando a certe dichiarazioni lasciate cadere nell'etere, teniamo ben presente che quelle affermazioni, fra il detto e il non detto, possono essere facilmente riprese e fatte proprie da quel fronte di scettici verso il vaccino anti covid (secondo una ricerca della Università Cattolica di Milano oltre il 40% di Italiani sarebbero poco propensi a farsi vaccinare), impedendo il raggiungimento di quell'immunità di gregge che si ottiene quando il 70% della popolazione viene vaccinata.

C'è anche chi ha scherzosamente suggerito che *"nel caso un renitente dovesse ammalarsi, non potrebbe pretendere poi le cure dallo Stato, ma dovrà curarsi privatamente a domicilio oppure presso strutture*

private non convenzionate": se la prendessimo seriamente in considerazione questa proposta?

Nelle ultime settimane è calato l'indice Rt, sono calati i ricoveri in terapia intensiva e i contagi. Ma i morti sono ancora molte centinaia al giorno, e globalmente questa pandemia ha già fatto più di 60.000 morti in Italia. Si prevede che i morti possano diventare 90.000 a fine gennaio.

Eppure, c'è una percezione più blanda della pericolosità della pandemia. Si sprecano le discussioni da bar su: morto *per* Covid oppure morto *con* Covid? L'età media dei morti è *sempre avanzata*? I morti hanno *vari* fattori di rischio/comorbidità?

Spetta a noi medici cercare di mantenere un giusto equilibrio nella comunicazione con i cittadini: non dobbiamo eccedere nell'allarmismo, né minimizzare per portare al "liberi tutti". Dobbiamo essere propositivi, anche se non possiamo condividere il ritornello che *"la situazione è sotto controllo"*.

Quindi, il nostro ruolo è importante per mantenere alta la guardia nei confronti del rischio del contagio, senza cadere in estremizzazioni.

Per quanto riguarda la vaccinazione, il nostro esempio e le nostre parole saranno fondamentali per sgomberare il campo da pregiudizi, fake news e pericolose derive no vax nella popolazione.

Verranno tempi migliori?
Ce lo auguriamo tutti!

Noi medici continueremo ad impegnarci, e a fare la nostra parte come abbiamo sempre fatto, nell'interesse dei pazienti e del Paese.

Ma pretendiamo che gli Amministratori e le Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie ci mettano in condizioni di lavorare in condizioni di sicurezza, nell'ambito di una organizzazione socio-sanitaria che ci permetta di farlo adeguatamente.

CARLO RUGIU

Epidemie

Dura 28 secondi il video che Open Arms ha pubblicato sui "social" e che mostra il momento in cui la mamma di Joseph, un neonato di 6 mesi morto ieri nel naufragio nel Mediterraneo di un gommone, urla di aver perso il figlio. "I lost my baby", ripete la donna appena portata in salvo, "Where is my baby?"

"Abbiamo riflettuto se fosse il caso di mostrare il grido del naufragio, il dolore e la disperazione.

Abbiamo deciso di rendere pubblico quello che accade in quel tratto di mare perché i nostri occhi non siano i soli a vedere e perché si ponga fine a tutto questo subito", spiega Open Arms in un tweet.

Joseph si chiamava anche un mio paziente ghanese che faceva il pescatore a Cape Coast ed abitava nelle baracche che stanno attaccate alla fortezza dove gli inglesi ammassavano gli schiavi prima di imbarcarli sulle navi che li portavano verso i mercati delle americhe.

Quel posto i locali lo chiamano "the castle" (il castello) ed è ora un museo dove si conservano oggetti del tempo dello schiavismo. Vi si possono visitare le celle che danno su un corridoio che finisce nella porta del non ritorno ("the door of no return"). Joseph aveva una barca con cui usciva a pescare per mantenere la famiglia.

Poi al largo sono arrivate le navi cinesi che "arano" il mare e trasferiscono il pescato nelle navi frigorifere che lo portano sui mercati del mondo.

Per colpa di quelle Joseph, non riuscendo più a pescare quanto gli serviva per mantenere la famiglia, ha deciso di tentare la fortuna. È partito per venire dalla sorella in Italia.

Ha fatto la maggior parte della strada a piedi chiedendo ogni tanto passaggi a qualche camion che passava per la strada.

Non ha tentato la via del mare; troppo rischiosa. E comunque i soldi per percorrerla non li aveva.

Ci ha impiegato quasi un anno passando per il Burkina Faso, il Mali, l'Algeria, il Marocco, la Spagna e la Francia. Quando è arrivato a Legnago la sorella ha stentato a riconoscerlo, ma l'ha accolto con affetto e commozone.

Anche se faceva fatica a sbarcare il lunario e a coniugare il pranzo con la cena, gli ha dato un letto ed un tetto, dividendo con lui quel poco che aveva.

Ora Joseph lavora come bracciante nei campi e quel poco che guadagna lo manda alla famiglia in Ghana. Sogna di poterla portare prima o poi in Italia.

Assorbiti dai dati sull'epidemia quella del piccolo Joseph che non ce l'ha fatta è stata una notizia capace di richiamare la nostra attenzione; di farci ricordare che non esiste solo il nostro quotidiano con le sue ansie e paure. Che esistono altre tragedie. Per 28 secondi abbiamo dimenticato i nostri problemi.

Davanti ad una mamma disperata che grida di aver perso il suo bambino e urla "where is my baby?", abbiamo dimenticato di annotare che la gente non indossava mascherine e che, come dice qualcuno, stava violando il look down.

Domani ci sarà chi ci dirà che quella gente bisogna aiutarla a casa sua; che la soluzione del problema non può essere quella di aiutare gli scafisti ed i trafficanti di esseri umani.

Per fortuna c'è ancora chi queste chiacchiere non le ascolta e non ci pensa due volte prima di rischiare la vita buttandosi in acqua per salvare dei disperati.

Con la loro abnegazione ed il loro impegno salvano non solo loro, ma anche le nostre coscienze.

Ricordandoci che c'è un'altra pericolosa epidemia. Quella dell'indifferenza.

ROBERTO MORA



La porta del non ritorno.
Le baracche dei pescatori.



Cape Coast: The castle

Da angeli a... demoni

Siamo passati dalla stagione degli angeli-eroi, osannati dai balconi, a quella dei bugiardi che fanno affari con gli imprenditori delle pompe funebri. Quelli che alimentano con l'epidemia la paura della gente, che mandano le ambulanze a girare a vuoto nelle città, con tanto di sirene spiegate, per seminare terrore e angoscia.

A Napoli una persona si è presa la briga di inseguire con la propria autovettura un'ambulanza, filmarla, per postare poi il video sui social media sostenendo che quel giro in città non era un trasporto diretto all'ospedale, ma una messa in scena per spaventare la gente e tenerla a casa. Tutto a danno di negozi, bar, ristoranti e dei commercianti che sarebbero, loro sì, le vere vittime di questa pandemia.

Che durante le calamità naturali ci siano persone che rifiutano la verità e cerchino un colpevole con cui prendersela è successo ancora (vedi quelli che se la prendono con i geologi perché non riescono a prevedere i terremoti). Ma che il colpevole sia chi sta pagando il tributo di vittime più alto (medici, infermieri e operatori sanitari) non mi pare di averlo ancora sentito. E comunque la cosa mi fa arrabbiare....!

La curva del contagio si sta, ci dicono, piegando e forse dopo le prossime festività potremo tirare un po' il fiato. Intanto quello che ci attende sarà un Natale da passare in casa con le persone del nucleo familiare, non di più. Niente cenoni di capodanno, anche se non si dovrà digiunare come in quaresima.

Non so cosa faranno quelli della "Caritas" che ogni anno a Natale organizzavano, nella sala del "Centro Giovanile Salus", il pasto per i meno fortunati. Da quando c'è il Covid il refettorio dove si servono i pasti ha chiuso. Quelli che ancora vi arrivano, al posto del tavolo e della sala riscaldata, trovano un sacchetto con dentro un panino, un po' di frutta e qualcos'altro di facile trasporto da consumare nel freddo delle loro abitazioni. Nessuno di loro pensa che questo sia stato fatto per fare risparmi e che non ci siano più persone capaci di solidarietà.

I miei colleghi in ambulatorio passano le giornate attaccati al telefono. La gente li chiama a tutte le ore. Le sale d'attesa sono quasi vuote e gli unici che non desistono dal frequentarle sono quelli per cui la visita è indi-

spensabile o quelli che sono abituati a farlo per avere rassicurazioni e conforto... e non riescono a farne meno. Non so se le frequentino quelli che negano l'epidemia e che sostengono che è un'invenzione di chi vuol abbattere la nostra economia per poi svenarla a prezzi stracciati. Forse temono di diventare destinatari di un TSO.

I colleghi dell'ospedale, soprattutto quelli del Pronto Soccorso, hanno gli occhi arrossati e stanchi.

Di giorno in giorno sono sempre in meno e sempre più oberati. Le terapie intensive sono piene e le previsioni sembrano non volgere al meglio. Alla televisione dicono che l'RT è arrivato, a livello nazionale, sotto l'uno.

Da noi, in Veneto, continua ad esser sopra uno e Zaia ci ha spiegato che restiamo in zona gialla perché le nostre strutture sanitarie, benché stresse, riescono a tenere.

I nostri commercianti devono ringraziare medici ed infermieri che col loro lavoro tengono su le statistiche e non hanno fatto patti con le pompe funebri. Se tengono i medici.... tiene anche l'economia.

Presto arriverà il vaccino. Si potrebbe cominciare già a gennaio. Ad averlo per primi saranno medici, infermieri, tecnici sanitari e OSS oltre che gli anziani ospiti nelle RSA.

E c'è già chi ha detto che il vaccino non lo farà non si fida.

Spero che le previsioni siano azzeccate, che le cose vadano veramente meglio e a breve.

Spero però anche che qualcuno ci si metta d'impegno. A studiare un vaccino nuovo.... contro la stupidità.

ROBERTO MORA



La medaglia dell'Ordine dei Medici di Verona a Francesco De Beni e Pietro Moscardo

I due adolescenti hanno compiuto il giro del lago di Garda a piedi per ringraziare gli operatori sanitari in prima linea contro il Covid-19. Rugiu, presidente dell'OMCeO di Verona: «Con il loro gesto sono un esempio di civiltà».

Lo scorso 9 settembre il presidente dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, dottor Carlo Rugiu, e la presidente della Commissione Albo Odontoiatri (Cao) dell'OMCeO, dottoressa Elena Boscagin, hanno consegnato la medaglia dell'Ordine a Francesco De Beni e Pietro Moscardo, entrambi di 16 anni d'età, residenti ad Affi.

I due adolescenti, compagni di classe all'istituto tecnico agrario Stefani-Bentegodi, hanno mantenuto fede a una promessa scambiata via social nel periodo del lockdown: fare il giro del lago di Garda a piedi per ringraziare i medici e gli operatori sanitari

veronesi che si sono adoperati durante l'emergenza Covid-19. Hanno compiuto la "missione" a giugno, dopo quattro giorni di cammino con tenda e zaino in spalle, partendo e arrivando a Bardolino. La loro impresa, un "Cammino del ricordo" lungo 156 chilometri, è anche raccontata nella nuova edizione del diario scolastico "Diversamente Veneto".

«Il loro gesto di sensibilità e vicinanza alla comunità medica veronese mi ha colpito profondamente, tant'è che ho voluto sottoporre al Consiglio dell'Ordine la proposta, poi accolta all'unanimità, di attribuire un riconoscimento simbolico a questi due ragazzi»,

spiega il presidente dell'OMCeO, Carlo Rugiu. «Siamo soliti regalare la medaglia dell'Ordine di Verona ai relatori illustri che intervengono durante i nostri convegni e ai medici che festeggiano i cinquant'anni dal conseguimento della laurea in Medicina.

È un omaggio semplice, ma di riconoscenza nei confronti di chi si è distinto per motivi culturali o sociali. Nonostante la loro giovane età, Francesco e Pietro si sono impegnati a fondo in qualcosa di concreto che rendesse merito a quanti hanno lavorato con dedizione durante la fase più difficile della pandemia. Li reputo un esempio di civiltà».



Proposte di riorganizzazione della Medicina Territoriale post COVID

Documento approvato dalla Commissione Ospedale Territorio dell'Ordine dei Medici C. e O. di Verona nella seduta del 22/07/2020 e ratificato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici C. e O. in data 08/09/2020

1. PREMESSA

L'analisi di alcuni indicatori sanitari relativi all'impatto nel nostro Paese dell'epidemia da coronavirus, attualmente in fase di declino, evidenzia alcune differenze fra regioni limitrofe tanto marcate che è utile analizzarle per ricavarne indicazioni sia per la prossima (probabile) fase endemica sia, più in generale, per l'organizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali.¹

Il confronto risulta importante sotto diversi aspetti, e non solo per quello della mortalità che ha attirato, per la sua consistenza, l'attenzione generale.

Crediamo, infatti sia di maggior interesse analizzare altre due differenze dato che possono contribuire a far luce sulle cause remote (od, almeno, su alcune delle cause remote) della differenza del numero di decessi attribuiti al coronavirus.

Prendendo, come riferimento temporale, la data (assunta a caso) del 15 Marzo possiamo notare che: in Veneto di fronte a 426 ricoverati in ospedale per coronavirus i soggetti isolati a domicilio come sospetti o contatti stretti erano 1.434; più del triplo.

Se confrontiamo questi dati al 22 aprile, vediamo che in Veneto, i ricoverati erano 1.205 contro 8.623 soggetti posti in quarantena con una proporzione fra ricoverati ed isolati di circa uno ad otto. In altri termini,

il Veneto ha fin dall'inizio dell'epidemia utilizzato il criterio di mettere in quarantena i contatti stretti.

Riteniamo che questo aspetto sia stato molto più rilevante, nel contenere la diffusione del contagio, rispetto all'utilizzo su larga scala dei test di identificazione del virus che sono stati disponibili in quantità sufficiente solo più tardi. Il secondo punto di rilevante differenza è stato dato dal fatto che in Veneto la maggior parte dei soggetti che si presentavano con i sintomi iniziali della malattia sono stati seguiti a domicilio dal loro medico di famiglia sia per via telefonica sia, in secondo tempo, con team equipaggiati adeguatamente con dispositivi di sicurezza; l'accesso al pronto soccorso e agli ospedali è stato così filtrato e ridotto tanto che questo afflusso non ha mai saturato completamente le disponibilità di posti letto dei reparti

- Il 9 marzo i pazienti in trattamento a domicilio erano, in Veneto il 65,9%

Un esempio di questa scelta di politica sanitaria è dato dall'approccio scelto, venti anni or sono, dal Veneto nell'organizzare l'assistenza domiciliare dei pazienti oncologici terminali.

Il Veneto, ha centrato questa assistenza sui medici di famiglia che sono stati addestrati all'uso delle cure palliative e possono disporre di consulenze specialistiche e di assistenza infermieristica. (vedi scheda uno).

La crisi pandemica ha, per altro, fortemente provato anche il sistema regionale veneto nel quale la scelta di concentrare le risorse principalmente nella rete ospedaliera è stata, in ogni caso, presente ma meno marcata rispetto alla Lombardia e si sono così potute sviluppare, sia pure in modo disomogeneo, esperienze di organizzazione di medicina di gruppo, con personale sanitario non medico e personale amministrativo, più attente al modello organizzativo inglese del National Health Service da sempre orientato a mantenere equilibrato il rapporto fra medicina territoriale e medicina ospedaliera.

Va tenuto conto che se la crisi del modello ospedalecentrico si è manifestata di fronte ad un evento a carattere epidemico generato dal coronavirus, ancor più grave è la persistente crisi nei confronti di un quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza di patologie cronico degenerative.

In altri termini, un servizio sanitario regionale che scelga di puntare sul rafforzamento della medicina territoriale e sulla prevenzione sarà in grado di rispondere con maggior efficacia sia a nuovi eventi epidemici od endemici causati da agenti infettivi sia nella gestione sia alle patologie cronico degenerative; in ambedue queste situazioni il risultato sarà la capacità di filtro dell'afflusso di pazienti verso le strutture ospedaliere e verso le case di riposo.

¹ I dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale - sede: Milano, casa della cultura - sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali.

2. PROPOSTE

2.1 Proposte per la fase di endemia

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici. Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio. Ciò è raggiungibile solo se viene costruito un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso in attesa di avere una validazione diagnostica strumentale. Va, inoltre definito che l'effettuazione del tampone diagnostico, viene effettuato dal mmg stesso.

- Per attuare questa modalità è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata e che i mmg abbiano a disposizione un numero specifico presso il Dipartimento per segnalare i nuovi casi e presso il 118 per richiedere l'eventuale ospedalizzazione su un canale preferenziale rispetto alle chiamate dell'utenza.
- D'altro lato, il Dipartimento deve alimentare la piattaforma informatica che verrà utilizzata per i flussi informatici di ritorno al mmg comprendenti i dati amministrativi che consentano al mmg di stilare i certificati necessari per i dipendenti posti in isolamento domiciliare. L'assenza di questi banali provvedimenti ha reso ancora più

difficile il lavoro dei mmg in questa prima fase di epidemia.

Integrazione

- Riorganizzare i servizi e gli specialisti ospedalieri utilizzandoli solo per interni la mattina ed aprendoli nel pomeriggio per supporto al territorio
- Organizzare gli accessi al Pronto soccorso, al trauma center e alle urgenze internistiche su invio del curante (anche con la sola consulenza telefonica)
- Le dimissioni dovrebbero avvenire o al domicilio del paziente anche attraverso l'attivazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti più fragili o verso un ospedale di comunità (di cui va potenziata la presenza come previsto nell'ultimo piano regionale) o infine verso l'hospice.

2.2 proposta generale

Le nuove politiche sanitarie regionali post epidemiche dovrebbero, quindi, puntare a stimolare un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate², con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali possibilità offerte dalla telemedicina.

La proposta è, quindi, di favorire la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con personale infermieristico e amministrativo) da adattarsi al territorio prevedendo incentivi per le zone disagiate o montane. Vanno limitati alle sole zone disagiate i piccoli ambulatori periferici.

- Il team dovrebbe provvedere all'assistenza ambulatoriale e domiciliare su 24h, con reperibilità sia telefonica che con visite domiciliari. La conoscenza dei pazienti (i team dovrebbero confrontarsi sui casi più gravi e complessi con meeting settimanali) migliorerà il livello di assistenza rispetto a quella attuale. L'esperienza dei micro-team (formata da un mmg e da un infermiere) nell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da coronavirus è una modalità operativa da valorizzare dato che porta a casa del paziente un medico che lavora all'interno del gruppo di mmg in cui opera il medico curante del paziente e che ha a disposizione tutte le informazioni necessarie ad inquadrare il paziente stesso. È una buona alternativa a l'attuale sistema di Assistenza di continuità assistenziale, modello che ha dimostrato molti limiti operativi. L'attivazione di gruppi di medici associati in modo organizzato diventerà la norma garantirà una riorganizzazione della copertura sanitaria delle ore festive e notturne. I colleghi di guardia medica saranno integrati nei team.

- In questo contesto, il distretto assumerà compiti di coordinamento, di aggiornamento di controllo e soprattutto di mettere a disposizione in tempo reale una diagnostica radiologica e specialistica di primo livello.

- All'interno dell'ambulatorio può essere previsto un punto prelievi in supporto o in alternativa al punto prelievi distrettuale.

Resta da affrontare in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora

2 L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle sedi fisiche di molte medicine di gruppo. Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale; le sedi sono spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale. La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi (che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico. I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività.

stato formulato un progetto complessivo di task shifting.^{3 4}

Va sottolineato che, affrontato questo nodo, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese. Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria regionale.

Scheda uno: la politica della regione Veneto nei confronti della medicina territoriale

1. Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperimento attivato a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto.
2. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti
3. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le ulss, ma potevano variare in base a scelte ed esigenze locali
4. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali
5. In termini organizzativi, hanno chiesto ai MMG di associarsi in: medicine di gruppo integrate e



- medicine di gruppo semplici (più medici sotto lo stesso tetto) e medicine di rete (più medici che pur in ambulatori separati, condividono lo stesso programma e le cartelle dei pazienti). I MMG così riuniti coprono la giornata (nel senso che un ambulatorio resta aperto ai pazienti) per 12 ore, 10 ore, 8 ore. Ogni medico risponde ai propri pazienti dalle 8 alle 20 o direttamente o attraverso il collega che copre l'orario totale del gruppo. Ogni medicina di gruppo o di rete converge poi in un TEAM o AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale), coprendo una popolazione di 15.000-20.000 abitanti. Il TEAM si trova periodicamente per (circa 5- 6 sedute all'anno) per recepire i mandati del patto e valutare i risultati.
6. In termini culturali, ai MMG è stato chiesto di prescrivere esami diagnostici e farmaci con appropriatezza. Sono stati affrontati in tutti questi anni il tema delle risonanze, delle ecografie,

e di altri esami strumentali, degli antiipertensivi, dei PPI, etc. con buoni-ottimi risultati in termini di adesione e di outcome. Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco e dei pazienti con BPCO, anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia.

7. Un altro obiettivo trasferito ai MMG è stato il tema delle vaccinazioni antinfluenzali fatte agli over 65 e che sono passate dal 20-30% degli anni '90, quando erano affidate ai distretti, all'attuale 60-80% a seconda delle AFT.
8. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio.

3 Secondo l'OMS "task shifting" è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care, indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" formale delle competenze professionali particolarmente elevato.

4 The World Health Report 2008- Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008.

Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio

Documento di consenso a cura del gruppo di Lavoro Territorio/Ospedale/Università* (Novembre 2020)

PREMESSA

Mancano finora solide evidenze che permettano di costruire linee guida o raccomandazioni da parte di autorità scientifiche riguardo la terapia utilizzabile nel territorio contro la malattia da coronavirus SARS2-CoV-19 (1,2) pertanto il medico di famiglia si trova da solo, spesso sprovvisto di DPI e di personale infermieristico e segretariale e soprattutto senza farmaci per combattere questa nuovissima malattia. Anche in tale situazione i medici di famiglia hanno il dovere, basandosi sulla loro esperienza e sulla loro cultura fisiopatologica (3), di dare una risposta assistenziale e terapeutica al paziente. D'altro canto, alcune strategie terapeutiche praticate in ospedale hanno dato dei risultati, di cui bisogna tener conto per un eventuale utilizzo in futuro nel territorio. Dall'integrazione delle competenze dei medici di famiglia e dei colleghi specialisti (infettivologi, virologi, pneumologi, internisti, etc.) nasce questo documento di Consenso che proponiamo ai colleghi impegnati nell'assistenza sul territorio.

DECORSO "NATURALE" DELLA MALATTIA

Una volta avvenuto il contagio, l'incubazione ha una durata media di circa 5 giorni, con un minimo di 2 giorni ed un massimo di circa 12 (range stimato 2-14 giorni) seguita dall'esordio sintomatologico, in genere relativo alle vie aeree superiori, ma non raramente anche intestinale, con prevalenti: febbre, tosse, alterazione dell'olfatto e del gusto, malessere e dispnea, che

spesso non è avvertita dal paziente. Non esistono segni patognomnici o corredi sintomatologici tipici e non conosciamo bene quale sia la prevalenza dei pazienti asintomatici, anche se alcuni dati, essenzialmente derivati dallo studio di popolazione effettuato a Vo' Euganeo, suggeriscono che gli asintomatici allora erano tra il 30 e il 43% degli affetti dal coronavirus (4). I dati ricavati da "epicentro coronavirus" (5) (vedi figura 1), riferiti all'Italia, mostrano che a Giugno 2020 gli asintomatici erano dal 47 al 62%, mentre i paucisintomatici erano attorno al 7%.

Queste due categorie insieme ad agosto salgono al 73%. Chi aveva la condizione severa di malattia variava tra il 3 e il 6% durante tutta l'estate. Verso la fine di Ottobre gli asintomatici sono il 53% ed i paucisintomatici sono circa il 15%, cioè complessivamente il 68%. Chi ha una malattia lieve si attesta intorno al 25% e quelli con malattia grave attorno al 4%. Il tasso di letalità in Italia, cumulato da inizio epidemia ad oggi

(16.11.20) è al 3,79%, con variazioni marcate da regione e regione, mentre quello mondiale è al 2.41% (6). Ricordiamo che il tasso di letalità in Italia per influenza nel 2019-2020 è stato dello 0.16%. Ricordiamo inoltre che il tasso di letalità, calcolato sui dati forniti dalla Protezione Civile, è dato dal rapporto dei decessi sui casi totali, mentre il tasso di mortalità è dato dal rapporto dei decessi sull'intera popolazione.

La malattia da coronavirus evolve in genere secondo tre fasi sequenziali di gravità:

1. Una prima fase collegata alla replicazione virale che esplose dopo il periodo di incubazione; caratterizzata da sintomatologia simil-influenzale (ILI, Influence Like Illness) con febbre, tosse e malessere generale. Come detto, nella maggior parte dei casi il decorso è assolutamente benigno e si conclude in circa cinque giorni dall'esordio, con residua discreta, ma prolungata astenia.

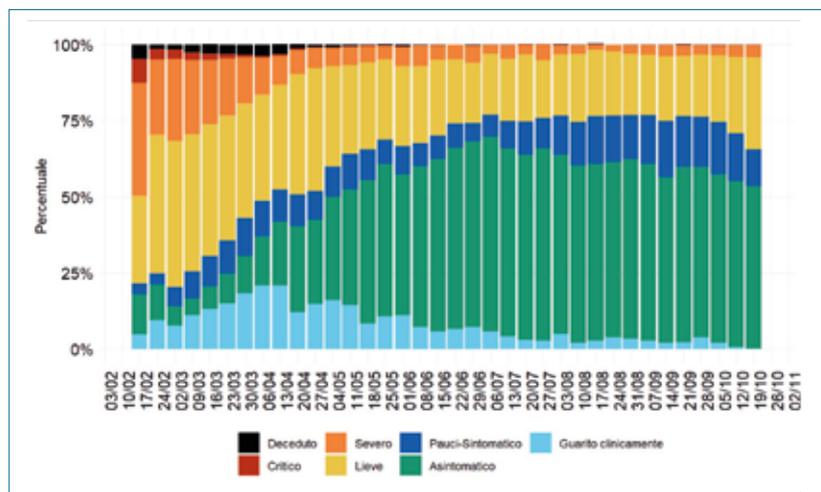


Figura 1. Percentuale di casi di COVID-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi e settimana di diagnosi (5)

2. La malattia può poi progredire verso una seconda fase, spesso preceduta da uno o due giorni di apparente benessere, e caratterizzata dall'interessamento polmonare massivo con un quadro di polmonite interstiziale e dispnea poco avvertita dal paziente. Tale fase ha anch'essa durata di quattro-cinque giorni e richiede sorveglianza intensificata perché l'evoluzione verso il peggioramento può essere rapidissima; in poche ore il paziente diventa francamente dispnoico e ipossiemia grave. Dall'esperienza lombarda della prima fase pandemica sembra che il periodo di maggior criticità sia tra l'ottava e la decima giornata dall'esordio.
3. Come detto, in circa il 5% degli affetti si può instaurare un grave quadro di insufficienza respiratoria, determinata dai processi di iperinfiammazione, che necessita di ricovero in terapia intensiva. L'exitus avviene in genere per insufficienza respiratoria acuta (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome) o coagulazione intravascolare disseminata (CID).

MODELLI CLINICI

All'interno di questa potenziale evoluzione trifasica sono stati definiti 5 modelli clinici della SARS-CoV2 (7)

- 1) Con febbre e sintomi respiratori lievi o assenti, senza ipossia e con eventuale radiografia negativa per interstiziopatia (ricordiamo che l'ecografia polmonare è più sensibile e specifica per le forme interstiziali rispetto alla radiografia standard). In genere questi pazienti sono seguiti a domicilio.
- 2) Con febbre e sintomi respiratori associati a ipossia, rilevata con Emogasanalisi oppure con lesioni evidenti all'Rx Torace/ Ecografia Polmonare/ TAC Torace. Pazienti ricoverati e trattati con le varie terapie antivirali ed ev. ossigenoterapia a flusso basso. È prevedibile il loro successivo trasferimento al domicilio in stretta osservazione.
- 3) Con febbre, sintomi respiratori e franca ipossia associata ad addensamenti multipli alla radiografia/ TAC. Pazienti gestiti in area subintensiva con prevalente ossigenoterapia ad alti flussi.

- 4) Definito "pre-ARDS". Come sopra, ma con necessità di ventilazione assistita CPAP
- 5) ARDS conclamata. È la situazione più grave che necessita di ricovero in Reparti di Terapia Intensiva. Le comorbidità maggiormente associate ai casi più gravi sono: età (specie superiore a 70 anni), Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito, Insufficienza Renale Cronica e Obesità. Le patologie polmonari (Asma e BPCO) non sembrano correlate ad aumento della gravità di malattia.

La malattia da COVID-19 presenta alcuni elementi particolari anche se non esclusivi:

- La dispnea a riposo poco avvertita specie dai giovani e dagli adulti ed evocabile solo con esercizi da sforzo (es. Walking test).
- L'infiammazione interstiziale con edema evidenziabile all'ecografia toracica e classificazione nei tipi "wet" (umido) e "dry" (secco) delle immagini ultrasoniche.
- Il coinvolgimento vascolare con quadri di micro-trombosi dei vasi polmonari, particolarmente evidente negli anziani probabilmente per la presenza di altre patologie (Malattie Cardiovascolari 30%, Ipertensione 30%, Diabete Mellito 20%, Malattie Respiratorie Croniche 8%, Patologie Oncologiche 6%) e la maggiore riduzione della mobilità in corso di malattia.
- La "tempesta" infiammatoria con l'attivazione dei molti processi di reazione, in particolar modo la cascata delle citochine, che giustifica l'impiego di farmaci antiinfiammatori, dal cortisone agli anticorpi monoclonali, anche se oggi, a distanza di 8-9 e mesi dall'inizio della pandemia, e quindi con una miglior conoscenza della malattia, sembrerebbero meno utili.

ASSISTENZA DOMICILIARE AL PAZIENTE COVID POSITIVO

a) Paziente asintomatico

1. Rammentare le misure igieniche da adottare e mantenere;
2. Redazione del diario personale di rilevazione della temperatura e della sintomatologia eventualmente subentrante;
3. Indicazione degli elementi d'allarme da comunicare al curante.

b) Paziente sintomatico con sintomatologia lieve-media, senza altre comorbidità

1. Le tre istruzioni dell'asintomatico +...
2. Contatto quotidiano (telefonico o telematico) per registrazione della temperatura, valutazione della dispnea e saturazione d'ossigeno (Vedi in Appendice la Scheda di Monitoraggio. Va consigliato al paziente di dotarsi di un saturimetro, oggi facilmente reperibile nelle farmacie e nelle sanitarie);
3. Aumento dell'attenzione in 4^a o 5^a e 8^a-10^a giornata.

c) Paziente sintomatico fragile o con comorbidità:

1. Le tre istruzioni del punto b, più...
2. Rilevazione quotidiana del MEWS (Modified Early Warning Score, vedi Appendice) con intensificazione del monitoraggio per valori fino a 4 e ricovero se > 6, sempre con informazioni per i colleghi;
3. Monitoraggio della saturazione d'ossigeno (se il paziente non possiede un saturimetro si può supplire con il Test di Roth, vedi Appendice);
4. Aggiustamento della terapia ordinaria;
5. Modifica terapeutica dopo 3-4 giorni di sintomatologia (vedi Strategie Terapeutiche Farmacologiche su Base Empirica);
6. Esecuzione di accertamento diagnostico di laboratorio da eseguire orientativamente dopo 5 giorni dall'inizio dei sintomi (Emocromo, PCR, Ionemia, Creatininemia, ALT, LDH, D-dimero (8)) tramite le USCA, Unità Speciali di Continuità Assistenziale, o i Servizi Distrettuali Domiciliari;
7. Consulenza infettivologica/pneumologica per intensificazione o ossigenoterapia (vedi schemi di terapia empirica).

STRATEGIE TERAPEUTICHE FARMACOLOGICHE SU BASE EMPIRICA

a) Antipiretici

1. Paracetamolo: 500 mg fino a sei volte al dì; oppure, se il Paracetamolo risultasse inefficace e/o ci fosse intolleranza e/o ci fossero sintomi accessori, Ibuprofene 400 x 4 volte die, o 600 x 3;

2. Metamizolo 20 gtt tre volte al dì, in particolare se cefalea, con attenzione all'ipotensione

b) Antibatterici

se febbre superiore a 38°C in un paziente covid positivo oppure fortemente sospetto per covid, con sintomi e /o segni respiratori, usare anche precocemente uno dei seguenti farmaci (9-11):

1. Claritromicina 500 mg due volte al dì per 7 giorni almeno oppure Azitromicina 500 mg al dì per 3 giorni, più eventualmente altri 3 giorni, dopo pausa di 3 giorni. L'uso di questo macrolide è preferito in campo pediatrico.
2. Levofloxacin 750 (500+250)/die per 5-6 giorni.

Nel sospetto di sovrainfezioni batteriche (es. escreato purulento) considerare anche l'uso di Cefditoren 400 1 x 2 per 5 giorni oppure Amoxicillina+Acido Clavulanico (850+150 mg) x 3/die x 5 giorni. In alternativa alla via orale, Ceftriaxone fl 2 gr die in monodose per 5 giorni.

c) Corticosteroidi

Trovandoci nella situazione di cui al punto b, e persistendo la febbre e i sintomi/segni respiratori, può essere opportuno trattare il paziente anche con una piccola dose di cortisone, a fini antiedemigeni (12,13) Per esempio: Prednisone 25 mg/die x 5 gg, poi 12.5 mg/die per altri 5 giorni oppure Metilprednisolone (4 mg equivalgono a 5 di Prednisone).

d) Idrossiclorochina

L'idrossiclorochina ha inizialmente destato molto interesse per l'efficacia dimostrata nella cura della SARS1. Ad oggi la maggior parte degli studi non abilita il farmaco, anche se bisogna dire che in questi studi i pazienti venivano trattati in fase avanzata (14). Va ricordato che l'AlFa (Agenzia Italiana del Farmaco) non ha approvato l'uso di questo farmaco, nemmeno off label (15).

e) Ossigeno (con occhialini)

1-2 lt/min quando la saturazione di O2 è < 90%, per arrivare ad una saturazione di 93-94%, altrimenti si può aumentare a 3 lt/min ed applicare la

mascherina. L'ossigeno è disponibile nelle farmacie (su richiesta diretta del curante: una bombola di ossigeno gassoso di 3000 lt dura mediamente 2 giorni) e nei distretti (con compilazione diretta del modulo regionale apposito, fino a 60 giorni di terapia).

f) Anticoagulanti

Da somministrare come profilassi (es. Enoxaparina 4000 UI/die) solo in pazienti che presentino un quadro respiratorio e siano allettati o abbiano una bassa mobilità per obesità, malattie neurologiche o osteoarticolari, o una storia di pregresso tromboembolismo. Ricordiamo che il dosaggio, trattandosi di profilassi, è indipendente dal peso.

g) Integratori e vitamine

Da alcuni autori è ritenuta utile l'utilizzazione di Nutraceutici a base di Vitamina D (esempio: Colecalciferolo 25.000 U/settimana per 8 settimane), Zinco, Selenio, Magnesio, Resveratrolo e Curcuma naturale, che avrebbero l'effetto di potenziare il sistema immunitario e un effetto antivirale (16).

STRATEGIE TERAPEUTICHE NON FARMACOLOGICHE

1. Idratazione

Importante la verifica dello stato delle mucose e il consiglio ad assumere almeno due litri di liquidi al giorno. Particolare attenzione nell'anziano che ha ridotto il senso della sete e, per motivi opposti, cautela nei cardiopatici, nefropatici ed epatopatici.

2. Attività motoria

a) Consigliare la deambulazione anche nella stanza (almeno 2000 passi al giorno).

b) Suggestire esercizi statici (5BX e XBX Exercises) (17,18) nei non allettati, per mantenere la tonicità.

3. Posturologia

Pronazione o decubito laterale nei pazienti con saturazione O2 < 94% o con tosse produttiva; tale postura favorisce il reclutamento alveolare e lo scambio gassoso.

APPENDICE

Il **MODIFIED EARLY WARNING (MEWS)** è uno strumento di rapida e semplice applicazione, che fornisce un utile ausilio nella decisione della corretta allocazione del paziente, in base all'intensità di monitoraggio e cure richiesti. La scheda MEWS, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", è stata opportunamente adattata e modificata per supportare ed uniformare le decisioni cliniche nell'ambito della gestione dell'epidemia di COVID- 19.

Nella flow-chart della scala sono definiti i criteri di utilizzazione dello score MEWS per la appropriata definizione del livello di intensità di cura. Per una più completa definizione del paziente critico vengono altresì definiti una serie di parametri sentinella, che potranno costituire un ulteriore eventuale supporto alla decisione clinica. Il punteggio che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.

DATI FISIologici (indicare un solo valore per ogni fattore)							
Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)
PUNTEGGIO TOTALE _ _ Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, ≥ 5 critico							

Il MEWS è quindi uno strumento importante e validato per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

TEST DI ROTH (descrizione semplificata) Il test di Roth si effettua chiedendo al paziente di fare un respiro profondo seguito dal conteggio ad alta voce da 1 a 30 nella sua lingua madre, in un unico respiro, il più rapidamente possibile. Si cronometra il tempo in secondi a partire dal numero

1 fino al raggiungimento del numero più alto, che viene a sua volta registrato. Il test si ripete dopo che il soggetto abbia effettuato 3 respiri profondi. Il test di Roth include 2 misurazioni: (1) la durata del tempo trascorso per il conteggio da 1 a 30 in 1 respiro o fino a quando il paziente faccia un altro respiro; e (2) il numero più alto raggiunto in 1 respiro. Conteggi superiori a 11 e durata di conteggio superiore a 8 secondi indicano saturimetria nella norma. Con

un numero massimo raggiunto <10 o un tempo di conteggio <7 secondi si identificano i pazienti con pulsossimetria in aria ambiente <95% (sensibilità del 91% e 83%, rispettivamente). Un numero massimo raggiunto <7 o tempo di conteggio <5 secondi identificano i pazienti con una pulsossimetria in aria ambiente <90% (sensibilità dell'87% e 82%, rispettivamente). Il test ha il vantaggio di misurare il variare della performance nello stesso individuo.

SCHEMA DI MONITORAGGIO

DATA	Temperatura Ore 8.00/18.00	Frequenza cardiaca Battiti/min	Frequenza respiratoria Respiri/min	Saturazione ossigeno	Pressione arteriosa Sist/Diast

Bibliografia

- R.T. Gandhi et alii: Mild or Moderate Covid-19. NEJM, October 29, 2020, 1757-1766
- P.S. Kim, S.W. Read and A.S. Fauci: Therapy for Early COVID-19. A Critical Need. JAMA, Published online November 11, 2020
- G. Federspil: Premessa. In D.L. Sackett et alii: La Medicina Basata sulle Evidenze. Pensiero Scientifico Editore, 1998
- 2020-04-17-LAVEZZO-CRISANT-20053157v1.full-paper.pdf <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20053157v1.full.pdf>
- https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_27-ottobre-2020.pdf
- <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020. <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
- F. Wang et alii: The timeline and risk factors of clinical progression of COVID in Shezen, China. J. Transl. Med. (2020) 18:270 <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02423-8>
- E. Concia, F. Gobbi e M. Lanzafame: Terapia Antinfettiva, Edizioni Libreria Cortina Verona, 2020
- O. Culic, V. Erakovic, MJ Parnaham: Antiinflammatory Effects of Macrolide Antibiotics. Eur.J. Pharmacol. 2001 Oct 19; 429 (1.3): 209-29
- Goodman and Gilman: Le basi farmacologiche della terapia. Il Manuale. 2^a ed. Zanichelli, 2015
- AIFA: Corticosteroidi nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19. Prima pubblicazione: 6 Ottobre 2020
- V. Spagnuolo et alii: Viral Clearance After Early Corticosteroid Treatment in Patients with Moderate or Severe Covid-19 <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-41021/v1>
- W.H. Self et alii: Effect of Hydroxycloquine on Clinical Status at 14 Days in Hospitalized Patients with COVID-19. JAMA.doi:10.1001/jama.2020.22240
- AIFA: Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19. Update del 22 luglio 2020
- <https://youtu.be/E1O9zioxioU>
- 5BX http://fit450.com/HTML/5BX_chart2.html
- XBX <https://web.archive.org/web/20061209204431/http://www.adam.com.au/wedesign/xbx.zip>

GRUPPO DI LAVORO TERRITORIO/OSPEDALE/UNIVERSITA' SUL COVID-19

(promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e Keiron As.Me.G. Veneto, con il patrocinio dell'OMCeO di Verona)

Anna Albiero¹, Claudio Andreoli^{2a}, Mario Baruchello^{2b}, Gianstefano Blengio³, Attilio Boner^{4a}, Vito Bossone^{2c}, FrancoBressan⁵, Mara Cabriolu^{2a}, Alessandro Calderan^{2d}, Francesco Cavaasin^{2a}, Giampietro Chiamenti^{4b}, Ercole Concia⁶, Gianni Dal Cortivo^{2a}, Umberto De Conto^{2a}, Gabriele Di Cesare^{2a}, Guglielmo Frapporti^{2a}, Mariateresa Gallea^{2c}, Graziano Ghirelli^{2a}, Davide Gibellini⁷, Sandro Giroto², Gio Batta Gottardi², Stefano Ivis^{2c}, Alessandro Leso^{2a}, Alessandro Masotti^{2a}, Claudio Micheletto^{2b}, Gianluigi Passerini^{2f}, Giovanni Passerini^{2f}, Roberto Mora^{2a}, Giulio Rigon^{2a}, Carlo Rugiu³, Diego Sabbi^{2a}, Renzo Soave^{2a}, Claudio Sovran^{2a}, Giampietro Stefani^{2b}, Massimo Valsecchi³, Marco Visconti^{2a}, Sonia Zenari^{2a}.

- Medico, Unità Covid PS, Ospedale San Bonifacio (VR)
- MMG, a Verona, b Bassano, c Padova, d Venezia, e Treviso, f Sondrio, g Alessandria, h Vicenza, i Crema
- Epidemiologo, Verona
- Pediatra, a Università di Verona, b Pediatria LS Verona
- Statistico, Università di Verona
- Infettivologo, Università di Verona
- Virologo, Università di Verona
- Pneumologo, a Ospedale di Peschiera (VR), b Ospedale di Verona
- Nefrologo, Ospedale di Legnago (VR)

Ce la faremo...

Tre mesi fa scrivevo che *“i mesi estivi non erano stati adeguatamente sfruttati a livello politico e a livello di Comitati Scientifici per mettere in atto quelle misure che ci avrebbero permesso di far fronte ad una situazione che proprio in queste settimane si sta rivelando ancora più drammatica di quella vissuta in primavera.*

Purtroppo c'è una lentezza decisionale, un rimando di responsabilità da Commissione a Comitato tecnico scientifico, una lentezza a livello di Consiglio dei Ministri e di Ministero della Salute a prendere decisioni tempestive...

Altri ancora sono i punti che necessitavano di maggiore attenzione durante l'estate: il potenziamento della medicina del territorio e degli operatori in grado di tracciare i contatti; il reperimento e l'allestimento di Covid hotel...

Ci domandiamo: perché tanta ostinazione nell'ordinare banchi con le ruote nell'assicurare incentivi per monopattini e biciclette elettriche?

Un'analogia improvvisazione e incapacità a creare una rete sanitaria adeguata si è manifestata a livello di rapporti fra dipartimenti di Igiene pubblica e MMG.”

Eravamo alla vigilia di una campagna vaccinale annunciata con toni trionfalistici, si pensi al V-day del 27 dicembre, ma eravamo anche alla vigilia di mesi che avrebbero destato tante preoccupazioni, sia per l'andamento della campagna vaccinale, sia per quella che si sarebbe di lì a poco presentata come “la terza ondata”.

Questa era stata la conclusione del mio editoriale di dicembre:

“Verranno tempi migliori? Ce lo auguriamo tutti!”

Non sono venuti tempi migliori, anzi, i primi mesi di questo 2021 sono stati caratterizzati dalla temuta ripresa dei contagi e da una campagna vaccinale che procede a rilento, nonostante l'impegno profuso a tutti i livelli; in questo contesto, l'incapacità dei nostri

rappresentanti di prendere decisioni adeguate alla gravità della situazione ha imposto al Presidente della Repubblica di tentare un cambio di passo, che ci auguriamo possa avvenire con il nuovo Premier.

Dopo l'avvento di Draghi, è stato sostituito il commissario straordinario per il Covid, Domenico Arcuri. In realtà, le perplessità sulla sua gestione dei vaccini, e sulle forniture per gli ospedali (DPI in primis, ma anche siringhe, e soprattutto respiratori, monitor, letti) circolavano da tempo, e non solo fra gli addetti ai lavori.

Nel momento in cui è diventato chiaro (non ci si poteva pensare l'estate scorsa?) che le competenze in logistica sarebbero state basilari per organizzare la campagna vaccinale, è sembrato “naturale” che la scelta ricadesse sul generale dell'esercito Figliuolo, che tanto bene aveva organizzato le vaccinazioni nelle prime settimane dell'anno nel Lazio, facendola apparire, da questo punto di vista, la regione più virtuosa d'Italia.

A mio avviso uno dei fattori che finora hanno rallentato le vaccinazioni è stato l'assenza della centralità dello Stato in una situazione così grave per il Paese: in un momento nel quale sarebbe stato necessario avere un *piano vaccinale nazionale*, ci siamo trovati di fronte a 20 piani vaccinali diversi (in effetti il federalismo regionale in questa pandemia ha dimostrato dei limiti...). In un'Italia con tante diversità a livello di SSR, tanti nodi sono venuti al pettine: basti pensare alla difficoltà ad organizzare le vaccinazioni in quelle regioni che mancano di un'anagrafe vaccinale. Oppure in quelle regioni nelle quali la Sanità è commissariata da anni!

L'iniziativa del nuovo premier è stata quella di prendere in mano le redini del Paese, realizzando una catena di comando che comprendesse la Protezione Civile e l'Esercito. Ci auguria-



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

mo che una soluzione di questo tipo possa consentire un'integrazione fra strutture sanitarie e militari, in grado di far fronte ad una nuova impennata dei contagi.

Abbiamo fatto ricorso nei mesi scorsi ai militari, chiedendo il loro aiuto con gli ospedali da campo montati di fronte ai Pronto Soccorsi e nei giorni bui di Bergamo, per trasportare le bare dei defunti.

Riteniamo che sia giunto il momento che, data l'eccezionalità degli eventi, (come accade dopo un terremoto, oppure in seguito ad un disastro ambientale) l'esercito scenda a fianco della popolazione civile a dare il meglio di sé, con i suoi uomini, con i suoi mezzi, con la sua capacità organizzativa e logistica.

Il piano vaccinale antiCovid presentato pochi giorni fa dal gen. Figliuolo è stato pianificato ipotizzando, tra l'altro, un rapido incremento della capacità vaccinale (che dovrebbe passare da 170.000 a 500.000 dosi giornaliere), un regolare approvvigionamento di vaccini ed una costante adesione alla vaccinazione da parte della popolazione. Come è noto, l'utilizzo del vaccino Astra-Zeneca è stato sospeso per pochi giorni nel rispetto del principio di precauzione. La temporanea sospensione di Astra-Zeneca in via cautelativa – unitamente alla ridotta consegna di dosi da parte della azienda anglo-svedese - hanno fatto venir meno, speriamo temporaneamente, i presupposti

che erano alla base dell'aumento delle vaccinazioni. +C'è anche da considerare come questo "stop and go" di Astra Zeneca abbia ridotto le dosi giornaliere di vaccino somministrato (pare che serviranno due settimane per poter recuperare le 200.000 dosi che non sono state inoculate), e, fatto ancora più importante, servirà molto più tempo per cercare di informare e rassicurare la popolazione che è stata profondamente colpita dagli eventi avversi segnalati.

Che cosa succederà nelle prossime settimane, nei prossimi mesi?

Non lo sappiamo, ma sappiamo quello che ci auguriamo: che le dosi di vaccino che arriveranno siano adeguatamente e prontamente utilizzate a vantaggio non solo dei soggetti più anziani, ma anche a beneficio di chi li assiste, dei soggetti fragili, delle classi di pazienti più a rischio (oncologici, disabili, cardiopatici, dializzati, trapiantati di organo solido, pazienti con BPCO, grandi obesi) e via via venga vaccinata tutta la popolazione che lo richiederà, cercando di raggiungere (subito dopo l'estate?) quell'immunità di gregge che, togliendo la possibilità di circolare al virus, ne attenui il contagio.

Per riuscire a raggiungere questi risultati, molto dipenderà dalla nostra organizzazione – come dicevo poco fa – e dalla nostra capacità di fare una corretta informazione e di dissipare i dubbi, favorendo una alta adesione alla vaccinazione. Sotto questo aspetto il comportamento dei medici e del personale sanitario in genere sarà

fondamentale: non potranno essere ammessi atteggiamenti di titubanza di medici e infermieri di fronte al vaccino. È evidente che un ruolo altrettanto importante lo giocheranno i medici di famiglia, il cui coinvolgimento ad oggi è già avvenuto in dieci regioni. In queste settimane viene discusso a livello dei vari tavoli di contrattazione regionale l'accordo nazionale siglato dal ministro Speranza con i medici di medicina generale il 21 febbraio.

Le trattative fra regione Veneto e organizzazioni sindacali dei MMG si sono da poco concluse con un accordo che ne riconosce il ruolo centrale nella campagna vaccinale. Ritengo che a livello locale non possiamo fare a meno dei 560 medici di medicina generale della nostra AULSS: già durante lo scorso autunno essi hanno dato un contributo fondamentale, vaccinando contro l'influenza oltre 180.000 veronesi. Nelle prossime settimane /mesi il loro coinvolgimento permetterà di accelerare la vaccinazione anti Covid a domicilio di quei pazienti anziani e con varie comorbidità, che non possono muoversi e raggiungere gli hub vaccinali. Inoltre, la loro collaborazione sarà indispensabile per vaccinare a domicilio le badanti e quei circa 20.000 pazienti che sono seguiti a domicilio nella nostra provincia (ADI etc).

Ritengo, infine, che la *progettata capillarizzazione della somministrazione*, legata all'allargamento delle sedi vaccinali, ed al consensuale reclutamento di odontoiatri, specializzandi, medici della FMSI, medici competenti e spe-

cialisti ambulatoriali rappresenterà un elemento cruciale per ottenere l'auspicato *potenziamento della rete vaccinale*. È già passato un anno da quando è iniziata la pandemia: io voglio pensare che questo 2021 – se saremo in grado di utilizzare i vaccini che avremo a disposizione – possa essere un anno di transizione.

Superata questa fase, mi auguro che la fine dell'anno ci possa vedere impegnati nella ripresa delle attività (*"la ricostruzione dopo le macerie"*) e proiettati verso l'anno prossimo, che potrebbe essere davvero l'anno del ritorno alla normalità.

Per quanto riguarda il nostro SSN, dopo che il Covid ne ha messo a nudo le criticità, dovremo rivedere diversi aspetti della nostra organizzazione sanitaria: per esempio, dovremo pensare al mantenimento di un piano pandemico aggiornato, ad una nuova organizzazione della Medicina Territoriale, ad un reale collegamento fra Ospedale e Territorio, solo per citare alcune delle priorità. Dal punto di vista della formazione, non potremo più permetterci di perdere i nostri giovani neolaureati, i nostri ricercatori, e dovremo fare tutto il possibile perché ciò non accada: su di loro si fonda la Sanità del futuro.

Per fare questo, dovremo pensare ad aumentare il numero delle borse di studio e ripensare la formazione della Medicina Territoriale, nella quale i neolaureati dovranno trovare un trattamento economico ed una preparazione assimilabili a quelle degli specializzandi.

Infine, dovremo essere in grado di offrire sbocchi lavorativi attrattivi per i nostri giovani medici e competitivi con l'estero, sia nelle strutture ospedaliero-universitarie che sul territorio.

Ci sarà molto da fare, sotto tutti gli aspetti, ma si tratterà di ricostruire il nostro Paese, la nostra Sanità, dopo le macerie della pandemia: sarà "il nostro dopoguerra". I nostri genitori ricostruirono l'Italia dopo il 1945: voglio pensare che *ce la faremo anche noi*, se rimarremo uniti e remeremo tutti nella stessa direzione.

CARLO RUGIU



La riorganizzazione dell'assistenza sanitaria ai tempi del Covid-19

1. Premessa: L'etimo del termine *emergenza* rimanda ad un evento improvviso e grave che sconvolge la routine e fa emergere problemi che, nel tempo, sono sedimentati sul fondo e restano irrisolti, inabissati sotto il pelo della routine abituale. Anche in questo senso, la pandemia da Coronavirus 19 è stata ed è un'emergenza ed è importante ragionare sui problemi di fondo che ha, di colpo, riportato a galla.

2. Un buon sistema sanitario che ha più di quarant'anni e ha bisogno di una revisione

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nasce, dopo lunga gestazione, con la pubblicazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Ha quindi, oggi, più di quarant'anni di vita e, in questo non breve periodo, ha dimostrato di essere non solo un buon sistema ma, addirittura, uno dei migliori (e più economici) sistemi sanitari del mondo intero.

Nulla, ovviamente, è perfetto, specie se il tempo passa; le condizioni di contesto mutano e se le necessarie modifiche di adeguamento non vengono attuate viene persa aderenza alle esigenze reali. Questa regola vale, a maggior misura, per i sistemi complessi.

Ora, la pandemia generata dal virus COVID 19, iniziata attorno ai primi mesi del 2020, sta mettendo a dura prova tutti i sistemi sanitari del mondo, incluso il nostro, e da emergenza qual'è, ha fatto emergere alcuni problemi di fondo che erano già presenti da tempo ma restavano sommersi dal tranquillo scorrere degli eventi abituali. Desidero affrontare, qui, due di questi problemi che, strettamente collegati fra loro, costituiscono la maggior sfida attuale da affrontare per fronteggiare i rischi personali e collettivi che caratterizzano questo periodo.

Il primo di questi problemi riguarda il cambiamento epidemiologico che ha caratterizzato il Paese dal momento della nascita del SSN ad oggi. È, infatti, profondamente cambiata la struttura demografica della popolazione che il SSN doveva difendere al momento della sua istituzione ed è, di conseguenza, mutato il quadro epidemiologico delle malattie da affrontare.

L'invecchiamento della popolazione

Nel corso degli anni il continuo aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate e il costante calo della fecondità hanno reso l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo.

L'indice di vecchiaia, dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni,

Le patologie cronico degenerative

In connessione con l'invecchiamento della popolazione è, ovviamente, cresciuto il peso delle patologie cronico degenerative.

Si tratta di patologie che, per essere contrastate efficacemente, richiedono una *presa in carico* continuativa, l'attivazione di programmi di *medicina di iniziativa* ed una stretta connessione con programmi di prevenzione nel contesto territoriale.

Questo tipo di programmi (pensiamo solo all'organizzazione di opportunità di movimento per la popolazione anziana) possono essere gestiti solo da una struttura di medicina territoriale molto più aggregata ed articolata di quella che abbiamo, mediamente, oggi con interventi e modalità di mi-

	1978	2019
Popolazione italiana	56.063.269	60.244.639
0-14	23,6%	13,0%
15-64	64,0%	63,8%
+ 65	12,4%	23,2%
Numero 100 a. e +	870	14.804

Tab. n.1: confronto di alcune caratteristiche demografiche della popolazione italiana negli anni 1978 e 2019 (fonte ISTAT)

<http://noiitalia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=3&action=show#:~:text=Continua%20a%20crescere%20l'indice,di%20oltre%204%20punti%20percentuali>

è l'indicatore che meglio sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione; al 1° gennaio 2019, questo indice raggiunge quota 173,1 anziani ogni cento giovani, registrando un nuovo record nazionale e un aumento rispetto all'anno precedente di oltre 4 punti percentuali.

sura che devono essere coordinate dai distretti socio-sanitari di base e condivisi con la comunità.

Questa modalità di assistenza, richiede una profonda modifica di come è strutturata l'assistenza di base (e l'assistenza distrettuale) che sono

	Maschi	Femmine	Totale
Persone con almeno una malattia cronica	37,9	43,6	40,8
Persone con almeno due malattie croniche	17,4	25,3	21,5
Diabete	5,8	5,3	5,6
Ipertensione	17,3	18,8	18,1
Bronchite cronica	6,0	6,0	6,0
Artrosi, artrite	11,3	21,3	16,4
Osteoporosi	2,0	13,9	8,1
Malattie del cuore	4,7	3,3	4,0
Malattie allergiche	10,5	12,6	11,6
Disturbi nervosi	3,5	5,6	4,6
Ulcera gastrica o duodenale	2,5	2,6	2,5

Tab. n.2; Prevalenza (valori percentuali standardizzati per età) delle malattie croniche nella popolazione italiana; anno al 2018. (fonte ISTAT)

chiamate a farsi carico di programmi di medicina di iniziativa volti, in particolare, ai gruppi culturalmente e socialmente più sguarniti della popolazione, attuando, così, una politica di contrasto delle disuguaglianze di salute.

3. La necessità di spostare due punti di equilibrio: quello fra ospedale e territorio e quello fra dipartimento di prevenzione e medicina territoriale

L'impianto organizzativo originale del SSN prevede tre principali articolazioni operative: *l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale e le attività di prevenzione.*

È restato vago, nel piano originario del Legislatore, (e forse non poteva essere che così, essendo un parametro da legare di volta in volta alla specifica situazione di contesto) dove porre il punto di equilibrio e di raccordo fra queste tre articolazioni.

È così successo che (con rilevanti differenze fra regioni) la struttura tecnologicamente (e politicamente) più densa (l'ospedale) abbia progressivamente assunto una posizione do-

minante nel sistema emarginando le altre due. In questo contesto, le attività di prevenzione si sono dimostrate largamente incapaci di rimuovere e rinnovare il loro storico paradigma operativo da Polizia Medica; si sono così autocondannate all'irrelevanza e sono implose su se stesse adagate su una serie di attività formali ininfluenti nel contrasto reale del nuovo quadro epidemiologico ed in particolare nel gestire interventi a lungo raggio verso le patologie cronicodegenerative.

L'esempio più evidente, a me noto, dello stato di collasso dei dipartimenti di prevenzione e delle medicina territoriale rispetto all'epidemia da coronavirus mi sembra sia stato fornito dal servizio sanitario lombardo.

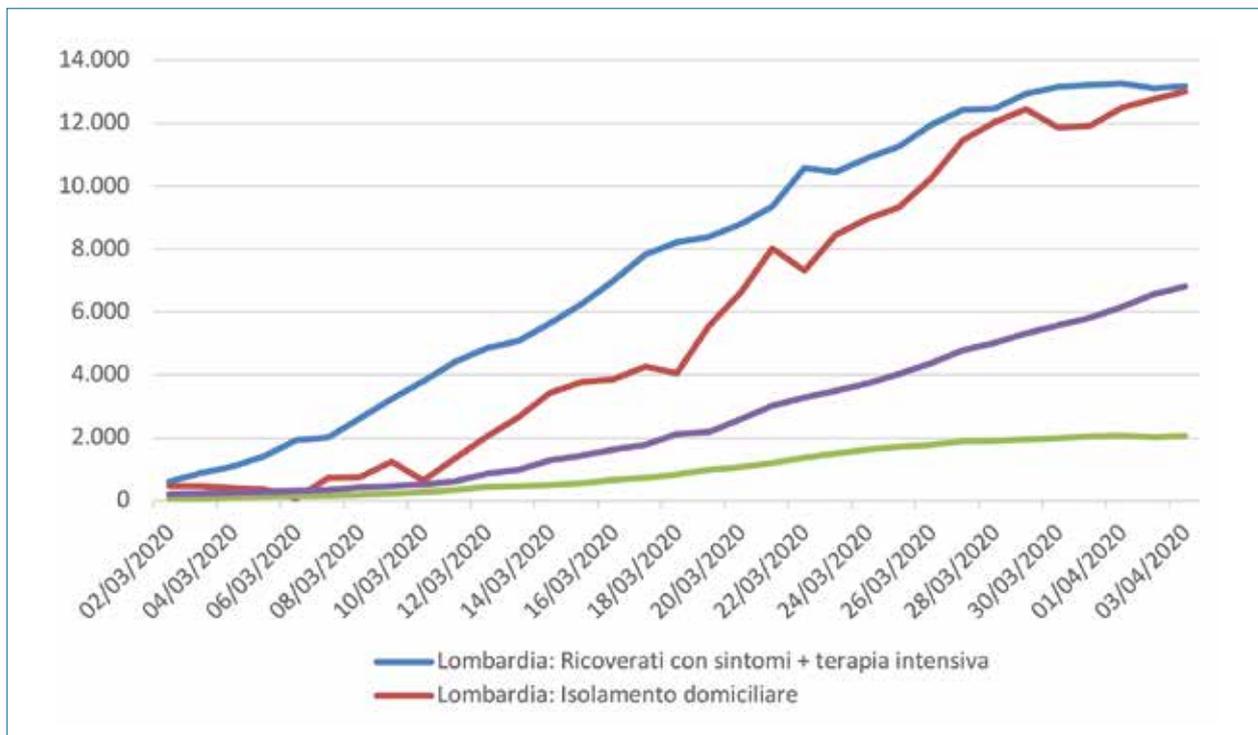
Nella prima fase pandemica, ovviamente determinante nell'arginare la diffusione del contagio, la capacità lombarda di intercettare ed isolare i contatti stretti da coronavirus è stato drammaticamente carente ed ha evidenziato lo stato di progressivo depotenziamento della medicina di base e dei dipartimenti di prevenzione.

Dal 2 di marzo fino al 3 aprile 2020 i ricoverati in ospedale (in reparti ordinari più i ricoveri nelle terapie intensive) nella Regione Lombardia sono stati in numero maggiore rispetto ai soggetti posti in isolamento domiciliare e questo in contrasto non solo con quanto accadeva in Veneto ma anche nel resto del Paese.

Se ampliamo il periodo di osservazione dal 3.02.2020 al 31.05 2020, vediamo che:

- in Lombardia i soggetti ricoverati sono stati il 39,3 % contro il 60,6 % di soggetti posti in isolamento domiciliare;
- in tutto il Paese i soggetti ricoverati sono stati 33,2% contro il 66,7% di soggetti posti in isolamento domiciliare;
- in Veneto i soggetti ricoverati sono stati il 18,3 % contro l'81,6 di soggetti posti in isolamento domiciliare;

Fonte: i dati riportati sono ripresi dalle elaborazioni condotte dal Movimento per la difesa e il miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale – sede: Milano, casa della cultura – sui dati del Ministero della Salute, dell'ISS e altre istituzioni ufficiali e mi sono stati forniti dalla cortesia del Dott. Edgardo Valerio.



Graf. n.1 - raffronto fra pazienti ricoverati in ospedale e soggetti posti in isolamento nella Regione Lombardia e nella Regione Veneto.

L'insieme dei guasti del sistema lombardo era evidente da tempo, come cercherò di documentare con alcuni esempi, e questo, in particolare, nel campo del contrasto delle patologie cronico-degenerative, che è problema di ben altro peso e complessità rispetto all'attuale pandemia.

Il mio tentativo è dimostrare che solo modificando radicalmente il peso politico-organizzativo del SSN verso la medicina territoriale e ridisegnando i suoi rapporti operativi con gli altri due pilastri del sistema sarà possibile ridare al complesso la possibilità di operare efficacemente per tutelare la salute della popolazione nel contesto socio-demografico attuale.

4. Errori tattici ed errori strategici

Nel suo libro più famoso¹ lo stratega prussiano Karl Von Clausewitz (1780\1831), definisce con chiarezza quale sia la differenza fra condotta tattica e conduzione strategica di un conflitto (pag.96) ma soprattutto, ricorda che se nella pianificazione di

una campagna, si compie un errore strategico, sarà poi ben difficile porvi rimedio per quanto siano abili le manovre tattiche correttive messe in atto in seguito.

Questo tipo di ammonizione continua a tornarmi in mente quando cerco di darmi una spiegazione plausibile alla "performance" della regione Lombardia rispetto alla prima ondata della pandemia.

Credo infatti che la radice dell'incapacità evidenziata sia molto profonda nel tempo, strategica appunto, e che la causa sia dovuta al fatto che da molto tempo quella regione ha operato, con continuità, la scelta di relegare ad un ruolo del tutto marginale la medicina territoriale ed, in secondo luogo, di depotenziare i Dipartimenti di Prevenzione.

Dato che il mio obiettivo non è incrudelire sulla regione Lombardia ma solo di utilizzare un esempio autorevole per sostenere le mie tesi, mi limito a ricordare due passaggi "strategici"

che mi sono noti e che evidenziano dei "bivi" di scelte di organizzazione sanitaria:

• Le modalità di assistenza domiciliare ai pazienti oncologici terminali

Agli inizi degli anni '80 si pose con crescente insistenza il problema di assistere a domicilio pazienti oncologici in fase terminale interrompendo una tradizione che durava ormai da alcuni decenni di isolare il momento della morte all'interno delle mura ospedaliere.

Si trattò di una rivoluzione culturale e tecnica di grande entità ed un passo in avanti nel processo di umanizzazione delle cure mediche e della consapevolezza crescente del rispetto delle volontà dei pazienti.

La scelta della Regione Lombardia, nell'affrontare questo cambiamento privilegiò nettamente la scelta ospedaliera optando per un tipo di assistenza che partiva dall'ospedale, in realtà dall'Hospice, e si recava a domicilio del paziente che veniva seguito con la modalità dell'ospite

¹ Karl von Clausewitz, Della guerra, Arnoldo Mondadori Ed., 1970

dalizzazione a domicilio. L'ospedale, in altri termini usciva dalle sue mura e si dilatava nel territorio.

La scelta della Regione Veneto fu diametralmente apposta; i pazienti restavano affidati al loro medico di famiglia che, addestrato nelle tecniche di sedazione del dolore, li seguiva con il supporto e la consulenza di specialisti in cure palliative e con l'invio, coordinato dal distretto, di personale infermieristico ed attrezzature di supporto.²

• Le modalità di assistenza ai pazienti con patologie cronico-degenerative

Il 31 gennaio 2017, con la pubblicazione della prima delibera (DGR 6164/2017), prendeva ufficialmente il via il modello lombardo di PiC (Presa in carico della cronicità) delle patologie croniche.

L'intento della PiC era di far leva sull'offerta organizzativa di prestazioni da parte dei Gestori ospedalieri, nuovi soggetti accreditati per prendere in carico i pazienti in alternativa al MMG, al fine di migliorare la copertura della coorte dei cronici e la qualità delle cure. I Gestori dovevano competere sul quasi mercato regionale per attirare i pazienti grazie alla libera scelta degli stessi, specie quelli seguiti dai MMG che non avevano aderito alla PiC.³

Il decennio di riforme lombarde sulla gestione della cronicità era stato inaugurato nel 2011 dalla sperimentazione dei CReG – Cronic Related Group – che si proponeva di trasferire alla cronicità sul territorio il modello ospedaliero dei DRG ospedalieri. Le regole di sistema del 2010, dedicate all'implementazione dei CReG, esordivano con un severo giudizio sulla professionalità dei

MMG: «*la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale*».⁴

Sulla base di queste premesse non era difficile presupporre che la progressiva disarticolazione del rapporto fra pazienti e medici di medicina generale avrebbe avuto (così come è stato) risultati negativi nella presa in carico effettiva delle patologie cronico-degenerative, da un lato ma, più complessivamente, avrebbe portato un colpo definitivo nella disarticolazione lombarda del sistema della medicina territoriale.

5. Modifiche necessarie e realizzabili

Sulla base delle considerazioni finora fatte e sulla base di una serie di esperienze concrete di positive modalità di ripartizione del lavoro fra ospedale e medicina territoriale è possibile, ora, programmare una redistribuzione del baricentro degli assi assistenziali fra ospedale, medicina di famiglia, distretto socio-sanitario e dipartimenti di prevenzione.

Lo spostamento del baricentro fra ospedale e territorio ha, come premessa, un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate, con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili sia in ambulatorio che a domicilio come

saturimetri di precisione, elettrocardiografi ed ecografi e che consentano di sfruttare appieno le attuali possibilità offerte dalla telemedicina.

Un'ipotesi ragionevole di modello operativo prevede, ad esempio, la formazione di team di mmg (ad esempio, 10 medici per 15.000 abitanti con 7 unità di personale infermieristico ed altrettanto personale amministrativo) da adattare al territorio.

L'epidemia da coronavirus ha, fra l'altro, evidenziato l'inadeguatezza delle attuali sedi fisiche di molte medicine di gruppo.

Manca, infatti una tipologia urbanistica e architettonica specifica per questa modalità assistenziale (che è, invece, molto diffusa in Inghilterra). Le sedi di queste medicine di gruppo sono, infatti, spesso ricavate ristrutturando spazi commerciali al piano terra di edifici ad uso abitativo e commerciale.

La recente esperienza suggerisce che vengano progettati spazi appositi che comprendano ad esempio, un locale da adibire ad "ambulatorio sporco" e dotazioni di DPI di emergenza stoccati in previsione di una emergenza, nonché spazi dedicati alla segreteria e al personale infermieristico.

I Comuni dovrebbero, da parte loro, predisporre nella loro programmazione urbanistica spazi e standard urbanistici appositi per queste attività con facilitazioni di parcheggio (che, dove erano presenti, si sono dimostrate particolarmente utili per l'effettuazione dei tamponi nasofaringei, in modalità drive-in, di fronte alla sede ambulatoriale).

2 Dai primi anni 2000 al 2019 in tutto il Veneto sono stati in vigore gli Accordi Regionali che implementavano e integravano l'Accordo Nazionale (ACN) per la medicina generale, riprendendo l'esperimento attivato a Verona nel 1999/2000, con il nome di Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale, il primo patto locale non solo in Veneto. Questi Accordi Regionali, venivano poi declinati in Patti Locali, cui hanno aderito circa l'80-90% dei MMG veneti. I Patti Locali avevano un nucleo comune in tutte le ulss, ma potevano variare in base a scelte ed esigenze locali. I Patti impegnavano i MMG in termini organizzativi, professionali e culturali. Particolarmente importante anche la presa in carico dei pazienti diabetici, dei pazienti in trattamento anticoagulante, dei pazienti con scompenso cardiaco o con BPCO, anche questo in netta contrapposizione con le scelte della Regione Lombardia. Nei patti viene richiesta la partecipazione all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata: oncologica e medica), che si affiancava all'AP (Assistenza Programmata) per i pazienti con difficoltà a deambulare e quindi a venire in ambulatorio

3 Presa in carico della cronicità. L'evoluzione 2017-2019. Un contributo di Giuseppe Belleri, MMG a Flero e animatore di formazione SIMG. A cura di Rosemarie Tidoli 26 Gennaio 2020. **Preso in carico della cronicità. L'evoluzione 2017-2019 | Lombardia Sociale**

4 Allegato 14, DGR 937//2010; DGR 1479/2011)

Va, inoltre, affrontato, in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting.^{5 6}

Rispetto a quarant'anni or sono, abbiamo a disposizione personale infermieristico laureato, molto ben preparato, che continua a svolgere le stesse mansioni di quando non era laureato.

Risolto questo nodo, di natura corporativa più che tecnica, il nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese e sarà possibile affrontare organicamente la presa in carico delle patologie cronicodegenerative.

Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato migliorerebbe, in tempi brevi, l'offerta sanitaria complessiva.

In questo contesto, il distretto socio-sanitario assumerà compiti di coordinamento, di aggiornamento e di controllo dei piani di intervento (ad es. sui pazienti diabetici e sui pazienti con cardiopatie croniche) utilizzando piattaforme informatiche condivise che

consentiranno la valutazione degli obiettivi prefissati e la raccolta di informazioni epidemiologiche preziose. Resterà ed andrà potenziata la funzione del distretto di mettere a disposizione delle medicine di gruppo e dei pazienti afferenti all'area una diagnostica e un sistema di consulenze specialistiche.

In merito all'altro asse di intervento: dipartimento di prevenzione, medicina territoriale, distretto, va ricordato che la Regione Veneto, travolta completamente dalla seconda ondata di coronavirus ha (sia pur frettolosamente) delegato ai medici di medicina generale sia l'effettuazione dei tamponi diagnostici sia (riscoprendo l'impianto organizzativo vigente fino alla nascita del SSN) le funzioni di sanità pubblica, incaricati di tracciare i contatti e porli, autonomamente, in isolamento-quarantena⁷. Il risultato è stato, al di là dell'ovvio sbandamento iniziale che si è, così, riusciti a rendere la vita molto più facile ai pazienti e a rianimare, in *articulo mortis*, i Dipartimenti di prevenzione ormai al collasso.

L'epidemia che stiamo ancora affrontando evolverà probabilmente in un quadro epidemico endemico caratterizzato dalla ricomparsa di focolai epidemici.

Per affrontare questo scenario è necessario sviluppare in modo marcato la collaborazione finora raggiunta fra MMG e Dipartimenti di prevenzione.

L'obiettivo è individuare e circoscrivere velocemente tutti i nuovi casi ed i nuovi focolai di contagio.

Ciò è raggiungibile solo se viene costruito un saldo rapporto bidirezionale di informazioni e di chiarezza di mansioni fra territorio e dipartimento in modo da consentire al mmg (naturale prima sentinella dei nuovi casi sospetti) di allertare il DP e di mettere in isolamento domiciliare fiduciario il paziente agendo come propaggine avanzata del Dipartimento stesso.

Anche per attuare questa funzione è essenziale che mmg e Dipartimento lavorino su una stessa piattaforma informatica dedicata.

Conclusioni

Nel mondo finanziario viene ripetuta spesso la frase: "gli sciocchi e i loro soldi si separano spesso".

Credo che questa massima sia applicabile alla salute dei singoli e delle varie comunità che condividono o subiscono passivamente scelte politiche organizzative sbagliate.

L'antidoto, per fortuna, c'è: possiamo utilizzare gli errori che sono emersi nel nostro SSN durante la pandemia e riorganizzare su questa base un sistema che ha dimostrato di essere solido nella sua essenza.

MASSIMO VALSECCHI

RINGRAZIAMENTI:

DESIDERO RINGRAZIARE PER LE INFORMAZIONI CHE MI HANNO FORNITO: IL DOTT. RICCARDO PEASSO, IL DOTT. VITTORIO CARRERI E IL DOTT. GAVINO MACCIOCCO, IL DOTT. PAOLO COSTA E GIUSEPPE TURRINI.

5 Secondo l'OMS "task shifting" è la ridistribuzione razionale dei compiti all'interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l'obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili. In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care, indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale, che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di "ingessamento" formale delle competenze professionali particolarmente elevato

6 The World Health Report 2008 – Primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: World Health Organization, 2008

7 ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 105 del 02 ottobre 2020 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

4) Le Aziende Ulss mettono a disposizione delle sedi di Continuità Assistenziale i test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo, per l'utilizzo a discrezione del Medico di Continuità Assistenziale;

5) in caso di esito positivo, questo va confermato con il test di biologia molecolare. In caso di conferma, il Medico curante comunica l'esito al paziente ed informa l'interessato della necessità di rispettare la misura dell'isolamento domiciliare fiduciario. Il Medico registra conseguentemente l'esito positivo nel sistema informativo, ne dà comunicazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica per il tampone di conferma e per i provvedimenti conseguenti

Il gran contagio a Verona: parallelismi con l'attuale epidemia da SARS-COV 2

Una recensione di Lorenzo Sartori del libro di Francesco Pona, "Il gran contagio di Verona" a cura di Mario Gecchele, Editrice Mazziana, Verona 2020.

La peste ha un'origine molto antica e con la sua distruttività ha accompagnato l'umanità sin dai primi secoli. Trasmessa all'uomo dai parassiti dei ratti, cresce diffondendosi nelle comunità per scarsa o inesistente igiene, trovando un terreno particolarmente fertile nei periodi di più diffusa miseria sociale, quando la carestia e la fame accompagnano, come i cavalieri dell'Apocalisse, la massima sventura umana: la guerra.

Il saggio redatto da Francesco Pona (Verona, 1595-1655) medico filosofo e letterato, viene pubblicato nel 1631; è un lavoro scrupoloso, che può essere apprezzato da un lettore interessato a conoscere la cronaca della devastante epidemia di peste che ha colpito la nostra città nel '600. Questo testo è stato il riferimento per molti altri resoconti sulla peste e forse ad esso si è richiamato anche lo stesso Manzoni per la documentazione storica dei Promessi sposi e della Storia della Colonna infame. Superate le prime reticenze per una lettura non sempre riposante, nel trattato possiamo rinvenire una lunga serie di meticolose annotazioni - preziose a livello di documentazione storica - sull'andamento del contagio e sulle misure sanitarie ed economiche adottate dalle autorità competenti. Ben inquadrata nella dimensione storica e geografica, l'opera rappresenta uno spaccato reale della sofferenza vissuta nella provincia veronese, coinvolta, suo malgrado, nel tritacarne dei conflitti europei.

Mentre si scorrono le pagine, tornano alla memoria i dipinti di quell'epoca che rappresentano le vie della città e

le sponde dell'Adige senza muraglie, ma anche l'attuale aspetto desolante del Lazzaretto, che è stato negli anni Cinquanta, per chi scrive e per i suoi compagni di Porto San Pancrazio, una fantastica area di gioco. Sono ritornato, leggendo, tra quelle mura diroccate, scoprendo quanta sofferenza vi fosse passata senza che ne avessi mai avuto la consapevolezza:

"...chi sa il numero delle foglie d'una gran selva, sa il numero dei dolori e delle miserie di quella infelice ragnanza" (p. 60). Il manifestarsi ciclicamente dell'epidemia di peste e di quelle ricorrenti di vaiolo, malaria e tifo, ha spinto nei secoli molte città a corredarsi di strutture idonee ad accogliere, nell'evenienza, i tanti contagiati che dovevano essere tenuti isolati dai sani, ma, al contempo, essere assistiti. Anche Verona nella seconda metà del XVI secolo, dopo l'ennesima manifestazione pestilenziale del 1575, aveva avviato la costruzione di un grande lazzaretto su un'area sufficientemente lontana dalla città per non risentire del tanfo putrido dei corpi in decomposizione. Il lazzaretto, eretto a sud della città sulla riva destra dell'Adige, viene terminato nel 1628, a una manciata di mesi dall'esplosione dell'epidemia che investirà la città nel 1630. La struttura subito sottoposta a tensione, dovrà essere continuamente ampliata con baracche per arrivare a gestire le migliaia di appestati che vi afferranno fino alla fine del 1631.

"Giaceva l'Italia in un otio quasi che spensierato... Quando mosso il Rettor Supremo, dal lezzo de gli orrori de la traviata provincia, risolse di vibrar il fulmine de la Ira giustissima sopra di essa". (p. 41). Così viene introdotta dal Pona la narrazione della diffusione del morbo nella città di Verona, individuando le cause di tanta disgrazia nell'ira divina per la sfrenata dissolu-

tezza della popolazione. I fatti riportati nel testo si inseriscono in un periodo storico complesso, nel quale l'Italia vive una condizione politica confusa. Gli equilibri instabili tra gli assolutismi delle monarchie europee la condannano, per la frammentazione dei suoi territori, a diventare campo di scontro tra le diverse potenze. Per la successione al ducato di Mantova, nel 1628, si fronteggiano gli Asburgo di Austria e Spagna contro la Francia, alleata di Venezia. La pianura Padana è battuta in lungo e largo dalle soldataglie nemiche infette che non risparmiano alle popolazioni violenze e saccheggi, disseminando il morbo nelle campagne della provincia. Dopo la battaglia di Villabona (29 maggio 1630), che segna la disfatta di francesi e veneziani, il contagio dilaga inarrestabile anche dentro la città, al seguito delle truppe sconfitte che cercano riparo all'interno delle mura.

Il governo della Serenissima, nel cui territorio grava Verona, allarmata dal numero crescente di vittime per la diffusione del contagio, nomina il senatore Aloise Vallaresso provveditore straordinario per l'emergenza, col duplice mandato di arginare il contagio e sostenere la cittadinanza disanimata e abbandonata all'inedia. Tra le prime misure da lui adottate troviamo la cooptazione dei medici per la cura degli appestati nel Lazzaretto. Il loro reclutamento, accompagnato da sostanziosa remunerazione, non contempla la possibilità: "... del sottrahersi da simil carica", cosicché "Corse un timor gelido, per l'ossa di ciascheduno vendendosi presentare ò la spada dello sdegno del magistrato, ò'l veleno del contagio..." (p. 57). Anche il Pona, nella sua qualifica di medico filosofo, viene cooptato per la cura degli ammorbatati, ma ottiene l'esenzione dalla precettazione per intervento dello stesso Vallaresso.

Lo stesso Pona così si raccontava: "... Francesco Pona, che stabilitosi di sprezzar l'oro e di posporre alla propria vita e alla sua famiglia, ogni altro rispetto (supposta clemenza del magistrato che con pietà e senno... voleva pur alla patria serbare fuor di pericolo qualche medico...) si contenne dentro la propria casa..." (p. 65). Tale deroga dall'obbligo di esercitare, che fu vista da molti non come un privilegio, ma come una diserzione, gli riservò qualche critica, consentendogli tuttavia - a vantaggio di noi posteri - di osservare, dalla sua abitazione ben protetta, l'evoluzione della pestilenza nei mesi, nonché di annotare tutte quelle iniziative che le autorità locali e governative ponevano in essere per il sostegno della cittadinanza. Per la sua relazione maggiore, Il gran contagio di Verona, alla fine dell'epidemia, nel 1631, verrà accolto, nonostante la sua defezione sul campo, nella cerchia dei dottori autorevoli della città. Pona non mette mai in dubbio che la causa di tanta disgrazia sia opera divina; ciononostante, quale acuto osservatore, intuisce la possibilità che l'infezione possa trasferirsi da un individuo ad un altro attraverso la respirazione, passando da una bocca ad un'altra.

La sottovalutazione iniziale dell'epidemia e la lentezza nell'emanazione delle prime disposizioni per contenere il contagio determinano la propagazione incontrollata del morbo, mentre ancora si confida in una risoluzione spontanea del contagio e nell'insperato aiuto della preghiera. D'altronde le conoscenze mediche del tempo non consentono di andare oltre la "Teoria umorale", indicando nei vapori stagnanti dell'aria malsana la causa primaria dell'imputridimento, cui consegue l'alterazione del sangue e la sofferenza degli organi. Su queste arcaiche conoscenze si impostano le prime cure, come salassi, purghe, sanguisughe e impiastri di dubbia natura, rivelatisi inutili.

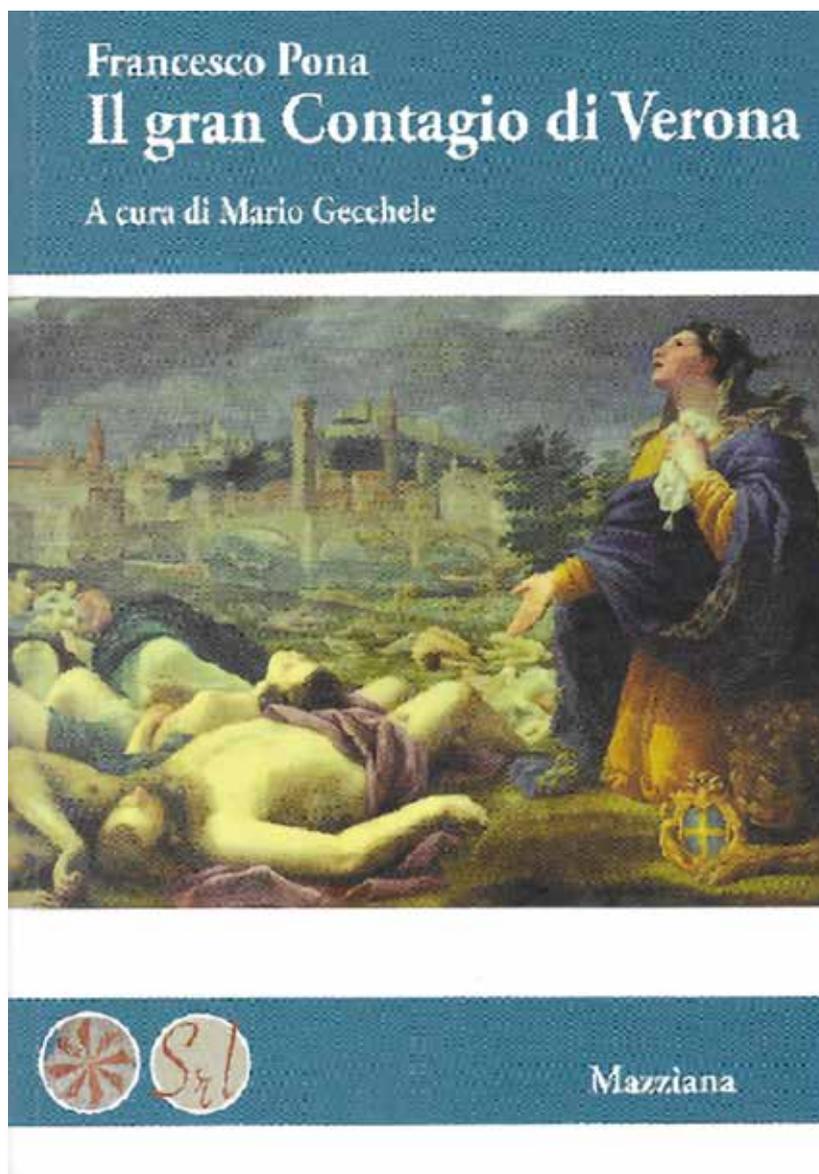
Il Vallaresso, assunto il totale controllo degli interventi, dispone subito l'isolamento dei contagiati, senza distinzione di censo. Viene ingiunto che ogni infetto: "...di qual si volesse conditione, fosse immediatamente reciso dal consortio de' sani, e man-

dato al lazzaretto" (p. 58); anche i cittadini più agiati scelgono di non essere curati nella propria casa ma di essere convogliati in quella struttura dove è maggiormente garantita l'assistenza. Da ogni quartiere della città, gli appestati, chi camminando e chi trascinandosi, raggiungono la riva dell'Adige nei pressi della chiesa del Crocefisso (Filippini) e da qui con le barche sono trasferiti e confinati nel Lazzaretto. Tutte le attività commerciali di scambio sono sospese, tutti i posti di ritrovo inutili sono chiusi.

Le porte di Verona sono controllate sia in entrata che in uscita e tutta la città, si direbbe oggi, viene dichiarata "zona rossa". Per accedervi è necessaria la

"fede" sanitaria, ossia un attestato di buona salute, di cui le guardie devono scrupolosamente verificare l'autenticità per evitare false certificazioni. Il commercio degli alimenti è controllato e, in particolare, viene proibito "... quelle sorte di frutta e di "herbaggi" (p. 95) che sono ritenuti causa di marcescenza, mentre si ordina che "...le carni non fossero vendute da' macellai per nessun modo, prima d'esser gli animali vivi legittimati da periti..." (p. 95). Le case infette sono sanificate col fuoco, incontrando ovviamente l'ostilità dei proprietari che vedono i loro beni andare in cenere.

Ogni nuovo caso infetto deve essere prontamente segnalato all'autorità da



parte dei curanti cosicché: "...una tenera fanciullina, che ferita di tumore, fu currata da Chirurgo; il quale rimanendosi, ò per trascuraggine, ò per interesse di denonziarla, fu poi punito con la condanna di un anno, al servizio del Lazzaretto, senza stipendio" (p. 144)

Per arginare la diffusione del contagio viene emanata una legge marziale: nessuno, se infettato, può nascondere la sua condizione; qualora venisse intercettato per le strade è soggetto a pesanti sanzioni, come la pena della corda, il bando, la prigione e la confisca dei beni fino "...a morir di moschettate... Cavando dalla morte di questo, vitale preservativo per molti e molti..." (p.82). La stessa curia ammonisce i confessori affinché non assecondino gli inosservanti con l'assoluzione dai peccati.

Muoiono i preti e muoiono i medici; i pochi operatori cooptati o volontari prendono servizio purché sia "...supposta però la conditione di non avvicinarsi agli infetti, ma solo di lontano... prescriber loro, le cose necessarie per la salute... ", bardandosi con accorciati vestiti incerati, incappucciati e con "...cristalli avanti gli occhi" [occhiali]... perché l'halito maligno non ha sì facile lo spiraglio, onde possa insinuarsi ed essere attratto, con la respirazione" (p.67).

I decessi si susseguono quotidianamente a centinaia e il loro numero è tale che la sepoltura in fosse comuni non tiene dietro alle morti. Si dispone quindi di riempire le barche sul fiume e dar fuoco alle stesse cariche di salme; ma alla fine, per mancanza di legna e per disperazione, si lasciano scivolare le barche con i corpi lungo il fiume, secondo la corrente, cosicché, arenandosi sulla rive, diventano gli "...humani corpi pasto de' cani, e de' corbi... menando intollerabil puzza" (p.69).

Mentre la peste con la sua forza devastante sovverte la vita dell'intera comunità, la crisi economica già endemica, ma aggravata dalla guerra, flagella tutto il nord d'Italia con la fame e l'inedia che affliggono i sani e gli scampati al morbo. Le poche risorse disponibili vanno ben presto al collasso, lasciando spazio ai fenomeni speculativi con rincaro delle mate-

rie prime, soprattutto delle granaglie. La sofferenza reale delle classi meno abbienti è tale che, in molte città, le stesse autorità sono costrette ad intervenire massicciamente con sussidi ed elargizioni alimentari.

Giungono gli aiuti da Venezia e sono arruolate le suore nei monasteri per far del pane coi loro forni. Il Mercato vecchio, dove avvengono gli scambi dei beni primari, soprattutto della farina, non sempre è in grado di rifornire del necessario i postulanti più indigenti. Per tale motivo è decretata dal senato la soppressione del mercato vecchio: in sua vece sia "...eretto un Fondaco di Farine" garantito "col capitale di ducati venticinquemille..." (p. 136), in modo che vi sia farina anche per i poveri a prezzo contenuto e, al contempo, sia garantito ai venditori un equo indennizzo. E decisione ancora più apprezzabile è il garantire ai poveri, oltre al pane, anche un po' di companatico per cui, accanto alla farina, viene erogata anche un'elemosina giornaliera di ben "...dodici soldi per cadaun povero" (p. 74).

Verso la primavera del 1631 l'epidemia sembra perdere di virulenza, la comunità si rianima e viene autorizzata una processione solenne che interessa le maggiori chiese di Verona con promesse votive e riti di ringraziamento. Nell'autunno dello stesso anno le condizioni generali confermano un definitivo se pur lento ritorno alla normalità, cosicché la stessa arciduchessa di Toscana, Maria Maddalena d'Asburgo, in viaggio per Vienna, non esita a fermarsi a Verona con tutto il suo numeroso seguito di milizie e cavalieri.

Entrati nel ritmo della lettura, questa scorre abbastanza agevole e, talora, anche piacevole, anche se qualche volta è necessario tornare all'inizio del periodo a causa delle difficoltà di decifrazione della scrittura secentesca. Gli eventi descritti sono, pagina dopo pagina, incalzanti nella loro drammaticità. Il testo ci trasporta direttamente al centro di una calamità forse poco conosciuta dalla maggior parte dei lettori d'oggi, ma la lettura di quegli eventi ci impone un inevitabile raffronto con la pandemia da covid 19.

A distanza di quattro secoli, non sono sostanzialmente cambiati i criteri basilari di difesa da un morbo di cui non si conoscono le cause e ancora meno i rimedi. Ritroviamo l'isolamento con la quarantena, la disinfezione dei luoghi e delle masserizie, il controllo degli accessi alle zone infette, la bardatura dei medici per evitare "l'halito con la respirazione", il certificato di buona salute - come il tampone messo in atto per il covid 19 - la ricerca empirica delle migliori cure per alleviare la sofferenza degli ammalati e, soprattutto, il sostegno economico alle classi che più hanno sofferto per la sospensione delle attività lavorative. Anche la convinzione che la peste sia un castigo divino, per assurdo, richiama l'attuale atteggiamento negazionista, simulacri entrambi del non voler guardare per non ammettere l'evidente impotenza di fronte alla piaga.

E anche l'immagine macabra delle barche cariche di salme sul fiume non si discosta dalle immagini televisive delle file di camion carichi di bare, costretti alla ricerca di forni crematori in altri luoghi, essendo quelli locali già al collasso.

Infine l'autore ricorda come ai primi segni di remissione del contagio il "Popolo... precipitava senza ritegno nelle maggior dissolutezze...lo cui principio mirava Espero, e lo cui fine, scuopriva il sole" (pp. 132-133). Una narrazione che richiama, nonostante l'invito alla prudenza degli esperti, la sconsiderata riapertura delle discoteche e l'invasione delle spiagge nella nostra ultima estate.

Dai registri giunti fino a noi, che hanno documentato con diligenza e rigore il numero delle persone decedute, risulta che Verona abbia riportato, alla fine dell'epidemia, un bilancio particolarmente pesante. Prima della guerra contava circa 54.000 abitanti: ne ha persi 33.000. Dopo Milano, Verona, in percentuale, ha avuto il maggior numero di vittime e tale aggravio, rispetto alle altre città, è sicuramente dovuto alla guerra e al grande afflusso di sbandati infetti che, dopo la sconfitta di Villabona, hanno cercato riparo dentro le mura della nostra città e nei suoi dintorni.

EROI QUOTIDIANI

Essere eroi, di questi tempi,
non è impossibile.

Basta fare il proprio dovere. Specie se
per farlo vuol dire serve rischiare
per se e per la propria famiglia.

Lo sapeva GRAZIANO.

A chi gli diceva di stare attento, con il suo
sorriso indimenticabile, rispondeva che
sì, lo sarebbe stato. Ma poi aggiungeva
anche che faceva quel che poteva.

Il destino ha voluto che la prova arrivasse
proprio quando era già prenotato per la
vaccinazione che l'avrebbe protetto.

Ricordo di lui l'angoscia dei primi mesi,
quando le mascherine non si trovavano.

Per fortuna, mi diceva, siamo riusciti a
tener fuori il virus dalla casa di riposo.

Ci conoscevamo da tanti anni.

A lui avevo lasciato l'incarico di fiduciario
sindacale FIMMG quando gli impegni
dell'Ordine mi avevano spinto a lasciarlo.

Lo scelsi perché conoscevo il suo impegno, la
sua serietà, la sua affidabilità, la sua capacità di
difendere quello in cui credevamo: il nostro lavoro.

E nella Medicina di Famiglia
GRAZIANO ha sempre creduto.

A questa aveva dedicato il suo
tempo ed i suoi entusiasmi.

Ho parlato con lui via web a dicembre in
occasione dell'ultimo webinar cui ha partecipato
prima della malattia e del ricovero.

Mi raccontò le sue difficoltà a fare,
di questi tempi, il nostro lavoro.

Di quanto lo impegnava rispondere a quel
telefono che squillava a tutte le ore.

Di come si sentiva impotente e necessario
nello stesso tempo. Indispensabile talora a
lenire i timori e le angosce di chi lo chiamava
se non altro per sentire la sua voce.

Di come la gente si sentisse sollevata quando
poteva essere rassicurata dalla sua disponibilità.

Di quanto dovesse spendersi e di quanto
dovesse sottrarre alle figlie e alla famiglia.

Se n'è andato dopo un mese
di lotta con la malattia.

È il secondo medico della nostra provincia
a cadere sul campo della pandemia.

L'altro è stato LEONARDO.

Anche lui medico di famiglia nella bassa
veronese ed anche lui impegnato oltre che
nel suo ambulatorio e casa di riposo.

Eroi entrambi.

Eroi del quotidiano.

Come quotidiano è il servizio che come facevano
loro tanti altri colleghi svolgono ogni giorno per
curare e combattere con la malattia ma anche
con le ansie, la paura e l'isolamento della gente.

GRAZIANO e LEONARDO se ne vanno
e ci lasciano una pesante eredità.

Quella di saper esser degni
dell'esempio che ci hanno dato.

ROBERTO MORA

Commiato a Ferdinando De Crescenzo e Paolo Menegon, Medici Odontoiatri

Sono mancati improvvisamente, a causa del Covid-19, i Medici Odontoiatri Ferdinando De Crescenzo, benvoluto e noto a tutti per la sua signorilità e professionalità, e Paolo Menegon, persona allegra, cordiale, affabile e socievole con gli amici e i colleghi, affettuosa e disponibile con i familiari. L'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, con il presidente Carlo Rujgi e la presidente della Commissione Albo Odontoiatri Elena Boscagin, piange la perdita dei due stimati Colleghi e si stringe alle loro famiglie e alle comunità in cui operavano.

Sustinenza, saluto a GRAZIANO GHIRELLI

23 febbraio 2021

Chissà quante volte Graziano ha accompagnato i suoi pazienti in momenti come questo di distacco dalla vita.

E adesso, dopo tanti anni di impegni, di progetti e di sogni comuni ci ha convocato qui per il suo commiato.

Lo saluto come Segretario Provinciale di FIMMG a nome di tutti i medici di famiglia di Verona. Mi hanno incaricato di portare un saluto personale ai familiari il Segretario Regionale Veneto dott. Maurizio Scassola e il Segretario Nazionale dott. Silvestro Scotti. Entrambi hanno conosciuto molto bene ed apprezzato Graziano in tanti incontri nei quali, lui generosamente portava sempre un contributo.

Non voglio tuttavia sprecare le parole, perché sappiamo il valore che Graziano dava alle parole, ma anche ai silenzi, all'ascolto e alla sobrietà. E ai rischi delle troppe parole.

Graziano è stato un professionista innamorato del suo lavoro di Medico di Famiglia, che per lui era "El mejo mestier del mondo" (come dice Bepi Sartori, medico e poeta veronese)



impegnato nella formazione dei giovani, come animatore di tante attività culturali e nel sostegno ai colleghi come dirigente di FIMMG, sia nel distretto 3 dell'ULSS Scaligera che a livello provinciale e regionale.

Si è ammalato di Covid curando i malati, perché i medici come Graziano, entrano nelle case dei loro pazienti, anche se sono ammalati di covid, perché li conoscono da una vita, e si prendono cura degli anziani fragili nelle case di riposo. Ma non cediamo alla retorica fuorviante dei medici eroi. I medici conoscono bene il rischio dell'imprevedibile a cui si espongono per dovere deontologico, ma molte volte hanno segnalato, inascoltati, anche le difficoltà in cui operano i medici del territorio.

Graziano è stato una guida, ma soprattutto un testimone dei valori antichi e fondanti della medicina della persona non solo come cura dei corpi, ma anche come capacità di ascolto dei disagi e di sostegno alle difficoltà delle famiglie. Un modello per i giovani medici, ma anche per i colleghi, e un monito per i responsabili della sanità di stare attenti al rischio di sviluppare solo grossi ospedali ad alta tecnologia, e del bisogno di promuovere una medicina di prossimità soprattutto a vantaggio dei più deboli e delle persone fragili.

Infine un pensiero alla famiglia di Graziano, alla moglie Susanna e alle figlie Angelica e Rossella. Vi dobbiamo chiedere un po' scusa perché tante volte ve lo abbiamo rubato.

Sappiamo quanti sacrifici sostengono le famiglie dei medici. Graziano è stato così perché avete coltivato in famiglia valori e ideali comuni.

Ci auguriamo che in questo tempo di solitudini, di amarezze e di paure la



sua vita e la sua testimonianza siano un incoraggiamento a promuovere tutti quanti, ciascuno per la sua parte, una convivenza civile a misura d'uomo.

Ciao Graziano, ti salutiamo ancora, là dove sei con le parole della poesia di Bepi Sartori che tu amavi tanto.

Guardeme le mane

*Quando sarò rivà denansi a Ti
Par metar tuto su la To balansa
Lassa star el libro
De tuto quel che ò fato
o che no nò fato
De quel che ò dito.
Par na olta Signor sèra el to libro
E guardeme le mane*

*Te le conossi ben Ti le me mane:
quando Te strangossavi na caressa
quando le T'è sugà el sudor
lavà le brose,
i era lore che T'è serado i oci
che T'è tirado zo dal To Calvario.*

*Lassa star el To libro par staolta.
Prima de verzar boca
Guàrdeme le mane.*

DR. GUGLIELMO FRAPPORTI
SEGRETARIO PROVINCIALE FIMMG VERONA

Villafranca, 1 febbraio 2021

Commiato a Paolo Cerioni

Ciao Paolo, amico caro.
Sono Lucio.

Lo sai perché sono qui. Guarda
quanta gente, commossa!
C'è l'Aeronautica, la tua
seconda madre, che ti ha
forgiato il carattere "militare".
C'è la Regione Veneto, dove è
ancora presente il ricordo di Te.
C'è l'Amministrazione di Villafranca
con il Sindaco, Assessori e
Consiglieri Comunali.
Ci sono i Medici.

Io sono qui a rappresentarli
a nome del Presidente Carlo
Rugiu, del Consiglio dell'Ordine
e delle tue collaboratrici.
Più di trent'anni di dedizione assoluta
nel ruolo di Direttore dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri di
Verona. Disponibile sempre per tutti.
Il nostro labaro qui accanto
a Te rappresenta il Grazie
e l'Onore che ti rendono
idealmente i medici veronesi.

Ci sono i tuoi amici; alcuni hanno
ruoli importanti nella vita pubblica.
C'è la Gente di Villafranca!
La gente che spesso il sabato
mattina incontravi in piazza.
Un saluto, un sorriso: "beveto
un caffè? Te lo offero mi".

Tu di terra friulana, razza Piave come
eri solito dire, hai avuto la stima e
l'affetto dei villafranchesi. Preziose
sono le emozioni che ci hai dato.
Il tuo ricordo non smetterà
di farci soffrire.

D'improvviso ci accorgiamo
che c'è stato un uomo speciale
vicino a noi e ora che non c'è
più ci sentiamo tutti più poveri.

Fra me e Te, anzi fra Te e me,
c'è stato un rapporto speciale
e questo lo sai bene.
Un giorno mi portasti una lettera
e mi dicesti: "tienila tu fino a
quel momento". Erano le tue
disposizioni di fine vita.



Adesso comprendo appieno
quanto bene mi hai voluto!
La Bruna, così chiamavi tua
moglie, "come stala la Bruna?" era
l'inizio delle nostre telefonate.
La Bruna, Elena, Elisa, Ketty, Fabio
troveranno forza anche attraverso
la fede e Tu, che sei al di là
del vetro, farai sentire sempre la
tua presenza e il tuo amore.
Tutti insieme ti diciamo ciao Paolo.
Vivrai nei nostri cuori.

Legnago, 16 gennaio 2021

Commiato al Dott. Leonardo Tarallo

Caro Leonardo,
sono Lucio Cordioli. Sono oggi
a Legnago a rappresentare il
Presidente dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri di Verona
Dott. Carlo Rugiu e tutto il Consiglio
dell'Ordine per farti sentire la
vicinanza ideale dei 6500
medici e odontoiatri veronesi.
Sono qui a testimoniare il dolore
della "Professione Medica" per
la perdita di un collega di alto
valore. Abbiamo portato il nostro
labaro, la nostra bandiera. Dove
ora sei, hai già trovato tanti altri
colleghi vittime di questo maledetto
virus. La maggioranza sono
come te, medici di famiglia.
Sei caduto sul campo di battaglia.

Quel campo è per noi medici di
famiglia il nostro ambulatorio e la

casa dei nostri pazienti. È in quei
luoghi che anche ora tanti altri
nostri colleghi fanno il loro dovere.
Vinceremo questa battaglia anche
per TE. Adesso i tuoi pazienti,
la comunità tutta in cui operavi,
comprendono appieno quanto sia
lacerante l'interruzione del rapporto
di fiducia che avevano con TE.
L'Ordine dei Medici ti rende onore.
Sofia, futura farmacista e
Francesco, futuro medico, i
tuoi amati figli, seguiranno le
tue orme ed il tuo esempio.
La nostra professione è stata
definita da un collega poeta
"el mestier meio del mondo".

Egli ha messo in versi le parole
che immagino tu stia ora
dicendo al Giudice Supremo
"Guardeme le mane".



Ciao Leonardo,
grande collega.

Danni collaterali da pandemia

Tre mesi fa concludevo il mio editoriale con queste parole: *Ci sarà molto da fare, si tratterà di ricostruire il nostro Paese, la nostra Sanità, dopo le macerie della pandemia: sarà il nostro "dopoguerra"*.

Ora che la luce in fondo al tunnel è più vicina, penso di poter individuare quali saranno le priorità. Su tutte, credo che a necessitare di un intervento celere sia l'aspetto legato alla risoluzione dei "danni collaterali" della pandemia. Mi riferisco a tutte quelle prestazioni internistiche, chirurgiche e di screening che sono saltate durante i mesi dell'emergenza e i cui effetti sulla salute pubblica, al momento difficilmente calcolabili, si faranno sentire nel prossimo futuro.

I nuovi dati di Agenas – l'Agenzia sanitaria nazionale delle Regioni, che ha collaborato con il Laboratorio Mes del Sant'Anna di Pisa – ha calcolato quanto sia "costata" la pandemia alla popolazione italiana. Per esempio, nei primi sei mesi del 2020 i ricoveri si sono ridotti di quasi il 30%, passando da 4.3 milioni a 3.1 milioni. Ancora, nei primi nove mesi del 2020, sono andate perdute, ovvero non eseguite, 52 milioni di visite specialistiche.

Secondo gli epidemiologi ci vorrà del tempo per definire con precisione gli effetti, sulla mortalità, di queste prestazioni che non sono state erogate. Se guardiamo agli interventi per patologia oncologica, nei primi sei mesi del 2020 sono stati eseguiti 22% in meno di interventi per cancro della mammella, 24% in meno per la prostata, 32% in meno per neoplasia del colon e 13% in meno per il cancro del polmone. Nel complesso, l'attività chirurgica oncologica urologica si è ridotta del 50% sul territorio nazionale. Ma non solo la chirurgia oncologica è stata falciata dal Covid: anche la chirurgia generale ha subito un taglio dei ricoveri per interventi

programmati superiori al 50% solo nei primi sei mesi del 2020, per poi subire un altro taglio durante l'autunno. Del resto, con interi reparti di chirurgia trasformati in reparti Covid e con le UTI trasformate in Unità Covid, mancava il personale e la possibilità di seguire tali interventi e prestazioni.

Anche i programmi di screening e le visite di controllo oncologiche hanno subito nel 2020 una drastica riduzione rispetto al 2019: nei primi nove mesi del 2020 lo screening della cervice uterina si è ridotto del 32%, quello della mammella del 30% e quello del colon retto del 34%. Complessivamente lo scorso anno abbiamo avuto due milioni e mezzo di esami di screening in meno e rischiamo di ritrovarci, nei prossimi mesi, con un numero maggiore di diagnosi di tumori in stadio più avanzato.

Nell'insieme queste situazioni hanno comportato gravissimi ritardi nella chirurgia programmata, anche per patologie benigne. A tutt'oggi l'attività chirurgica per patologia non oncologica, di minor urgenza rispetto quella oncologica, ma altrettanto importante per l'utenza (interventi di ernioplastica inguinale, di colecistectomia, etc.) non è mai ricominciata completamente, complice la grave carenza di anestesisti e di personale infermieristico.

E in Veneto? Secondo i calcoli della Regione, fra il 2020 e i primi quattro mesi del 2021, fra prime visite e visite di controllo, sono circa 290.000 le prestazioni specialistiche non eseguite, dunque da recuperare. Nello stesso periodo sono rimaste inevase 46.000 prestazioni di screening mammografico, 54.800 di screening cervicale, 87.000 ricerche di SOF e quasi 5000 colonscopie. Globalmente parliamo di 500.000 prestazioni da recuperare, e quindi ci riferiamo a 500.000 cittadini Veneti che dovranno essere ricontattati per recuperare il contatto con il SSN.



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

Studiare un piano di recupero che preveda l'esecuzione delle prestazioni specialistiche inevase è di fondamentale importanza. Non solo: questo piano dovrà essere attuato tempestivamente, perché "è possibile – afferma l'ultimo report dell'Osservatorio nazionale screening – che le fasce di popolazioni più abbienti e con un livello di istruzione più elevato decidano di ricorrere a offerte di prevenzione individuale, rivolgendosi al privato". Va da sé, quindi, che a risentire maggiormente del ritardo sarebbero le fasce di popolazione più fragili.

I danni collaterali da Covid non si osservano solo sulla patologia neoplastica, ma anche in ambito cardiovascolare: infatti, nel 2020 si è registrato un calo del 23% nei ricoveri per IMA, con una riduzione del 34% nelle angioplastiche eseguite. Qui il problema va probabilmente inquadrato sotto un'altra prospettiva: le prestazioni cardiologiche urgenti non sono mai state ridotte dalle UCIC, piuttosto si è ridotto il numero di pazienti che voleva farsi curare. Lo conferma l'apparente riduzione di IMA del 16% nel 2020 rispetto al 2019 in Veneto: che fine hanno fatto tutti quei pazienti? La risposta del presidente della società italiana di Cardiologia è tanto semplice quanto disarmante: "non si sono curati e tanti sono morti".

Il problema ora è intercettare i pazienti non acuti, ma comunque gravi, che a seguito della pandemia si sono allontanati dal Servizio Sanitario.

Dovremo convincerli che ora gli ospedali sono luoghi sicuri, dove tutto il personale è stato vaccinato, e che quindi non devono temere di andare a fare visite ed esami, perché i benefici sono molto maggiori dei rischi.

Chiaramente dovranno essere identificate delle priorità per il recupero delle prestazioni specialistiche e per farlo è stato costituito un apposito tavolo di confronto, che ha già iniziato a lavorare attivamente, attorno al quale il Direttore Generale della Sanità Veneta ha riunito i presidenti degli OMCeO e i referenti delle Commissioni ordinarie Ospedale-Territorio. Ci ha fatto molto piacere questo cambio di rotta rispetto al passato nei rapporti con la Regione, e vogliamo vederlo come un segnale prognostico favorevole, indicativo di una svolta nella collaborazione fra i vertici della Sanità Veneta e i rappresentanti Ordinistici del Veneto.

È apparsa subito cogente la necessità di svolgere un'efficace e capillare opera di informazione della cittadinanza, spiegando le difficoltà che si

presenteranno nei prossimi mesi per cercare di saldare il debito di prestazioni con il passato. Bisognerà spiegare che chi prenota oggi prenoterà in reparti di chirurgia dove i posti letto sono stati ridotti per garantire il distanziamento e spiegare che, essendo la sicurezza del paziente al centro della nostra attenzione, anche le visite ambulatoriali verranno scaglionate su tempi più lunghi per garantire il distanziamento e ed i tempi necessari alla sanificazione dei locali. Sarà arduo cercare di recuperare 500.000 prestazioni nella nostra Regione con una popolazione di medici ospedalieri che escono stremati da un anno e mezzo di pandemia, nel corso del quale si sono prodigati oltre ogni limite, spesso al di fuori dei rispettivi campi di competenza.

Non dobbiamo poi dimenticare che molti di loro hanno lasciato l'ospedale, chi per andare in pensione, magari anticipando la quiescenza dal lavoro, mentre altri hanno preferito lasciare il Pubblico per il Privato. Tutto ciò ha aggravato la già cronica carenza di medici, mentre

quelli che sono rimasti appartengono a un esercito stanco e debilitato, oltre che numericamente ridotto.

A questi medici non potrà essere richiesto di eseguire le visite di sera o nei giorni festivi (tentativo già mal riuscito in passato), ma dovranno essere trovate forme di gratificazione professionale ed economica che giustificano il loro sforzo. Ma prima ancora dovrà essere fatto uno sforzo economico per assumere medici in grado di fornire quelle prestazioni necessarie per limitare i danni collaterali della pandemia.

I rappresentanti degli Ordini, insieme ai referenti delle commissioni ospedale-territorio, che hanno già iniziato a confrontarsi con le direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie per trovare soluzioni condivise, sono pronti a svolgere un ruolo attivo in un confronto franco e costruttivo con i vertici della Sanità Regionale, nell'interesse dei Medici e della Cittadinanza.

CARLO RUGIU



Priorità vaccinali

Giovanni, il nome è di fantasia ma la persona è reale, è nato con la S. di Down e vive con la madre ed il fratello maggiore che oggi li ha accompagnati al centro vaccinale.

Le giornate le passa in una comunità per portatori di handicap.

Siccome frequenta la "comunità" gli hanno chiesto di vaccinarsi contro il Covid 19 e per questo la sua mamma l'ha accompagnato oggi alla vaccinazione, dopo averla prenotata sul portale della ASL autocertificando la sua condizione.

Con la sua brava prenotazione si è presentato al centro vaccinale dove un arcigno volontario della protezione civile, insieme a un volontario dell'associazione carabinieri hanno verificato la sua prenotazione ed apposto sul modulo anamnestico, che la mamma aveva diligentemente compilato, una A maiuscola ad indicare che la prenotazione era avvenuta non in base al criterio anagrafico, ma in base alla autocertificazione. Stamane però il centro era più affollato del solito; perché ai medici che prendevano servizio era stato "ordinato" di raccogliere e fotocopiare la documentazione sanitaria di chi si era prenotato autocertificando le patologie che li classificavano come "fragili", rifiutando la vaccinazione a chi tale non risultava e a quelli che non avessero avuto con sé la documentazione richiesta.

Lascio alla fantasia di chi mi legge immaginare la conflittualità che ne è scaturita ed i tempi tecnici necessari ad indagare, tra le tante "scartoffie", tesserini, fustelle di farmaci... etc... etc...., quanto poteva fare al caso.

In tutta quella confusione, è arrivato, comunque, anche il turno di Giovanni; che si è presentato ad una giovane dottoressa che, benché la situazione di Giovanni fosse evidente

solo a guardarlo, è stata scrupolosa e ha raccolto quanto necessario, ha controllato il modulo anamnestico, ha indagato su eventuali allergie, ha apposto la firma di convalida sul modulo anamnestico.

Con quella Giovanni è stato vaccinato e se ne è andato a registrare l'avvenuta vaccinazione.

Qui però l'impiegata non riusciva a fare la registrazione. Il "sistema" la rifiutava.

E dopo vari tentativi si è scoperto che Giovanni non aveva l'età per essere vaccinato. Era troppo giovane. Non aveva raggiunto i 16 anni, requisito che permette la vaccinazione.

Ne è scaturito il "panico" che bene o male è stato trasmesso anche alla mamma di Giovanni che ha cominciato ad agitarsi e a preoccuparsi, come ha cominciato a farlo anche Giovanni.

"Preoccupata" lo era, però, molto di più la povera dottoressa che l'aveva visto e che non si era accorta del fatto che Giovanni, benché fosse fisicamente un bel ragazzone, di anni ne aveva 14, meno di quelli che poteva sembrare a chi lo guardava.

Ci siamo trovati, a fine giornata, tutti raccolti a discutere il caso e a fare considerazioni sul come fosse potuta accadere una cosa simile.

Tutti ci si è trovati d'accordo sul fatto che il portale delle prenotazioni non era tarato per rifiutarla a chi non aveva i requisiti anagrafici minimi per essere vaccinato. D'accordo anche sul fatto che da una ventina di giorni si stava lavorando con un sistema logistico rovesciato.

Mentre prima si registrava l'accesso alla vaccinazione inserendo i dati anagrafici sulla scheda vaccinale pri-

ma di procedere alla vaccinazione, da una decina di giorni si vaccinava prima e si registrava poi.

Serviva, ci hanno detto, guadagnare tempo. Così qualcuno aveva deciso di che per farlo si poteva far coincidere il tempo di attesa dopo l'inoculo vaccinale con il tempo di attesa per accedere ai sistemi di registrazione. E si era rovesciato tutta la logistica del centro. Si entrava da dove si usciva e si usciva da dove prima si entrava.

Alla fine della "fiera" ne è nata questa frittata che qualcuno potrà anche pensare sia frutto dello stress (dei medici) e della improvvisazione degli organizzatori.

Ripensando ai fatti di oggi mi sorgono spontanee alcune domande.

Tra queste quella più importante: quale deve essere il primo compito del medico che lavora nel centro vaccinale?

Mi verrebbe da pensare che il primo compito sia quello di garantire la sicurezza di chi si vaccina e che il diritto di passare prima o dopo venga di gran lunga dopo di questo. Speriamo sia così...

ROBERTO MORA

Suggerimenti operativi e terapeutici per pazienti affetti da Covid-19 trattati nel territorio

**Documento di consenso a cura del gruppo di Lavoro Territorio/Università/Ospedale - 3.0 (5 Aprile 2021)
Promosso dal Centro Studi di Medicina Generale FIMMG Verona e KEIRON As.Me.G. Veneto**

A CURA DI CLAUDIO ANDREOLI^{1A}, MARIO BARUCHELLO^{1B}, GIANSTEFANO BLENGIO², ATTILIO BONER^{3A}, VITO BOSSONE^{1C}, FRANCO BRESSAN⁴, MARA CABRIOLU^{1A}, ALESSANDRO CALDERAN^{1D}, FRANCESCO CAVASIN^{1E}, GIAMPIETRO CHIAMENTI^{3B}, ERCOLE CONCIA⁵, ELISA COSARO^{1A}, GIANNI DAL CORTIVO^{1A}, ELISA DALLA BENETTA^{1A}, UMBERTO DE CONTO^{1E}, GABRIELE DI CESARE^{1A}, GUGLIELMO FRAPPORTI^{1A}, MARIATERESA GALLEANI^{1C}, GRAZIANO GHIRELLI^{1A*}, DAVIDE GIBELLINI⁶, SANDRO GIROTTI^{1A}, GIO BATTÀ GOTTARDI^{1B}, STEFANO IVIS^{1C}, ALESSANDRO LESO^{1A}, ALESSANDRO MASOTTI^{7A}, CLAUDIO MICHELETTO^{7B}, GIANLUIGI PASSERINI^{1F}, GIOVANNI PASSERINI^{1F}, ROBERTO MORA^{1A}, GIULIO RIGON^{1A}, CARLO RUGIÙ⁸, DIEGO SABBI^{1G}, RENZO SOAVE^{1A}, GIANENRICO SENNA⁹, CLAUDIO SOVRANI^{1A}, GIAMPIETRO STEFANI^{1H}, MASSIMO VALSECCHI², MARCO VISCONTI^{1I}, SONIA ZENARI^{1A}

¹ MMG, a Verona, b Bassano, c Padova, d Venezia, e Treviso, f Sondrio, g Alessandria, h Vicenza, i Crema, ² Epidemiologo, Verona, ³ Pediatra, a Università di Verona, b Pediatra LS Verona, ⁴ Statistico, Università di Verona, ⁵ Infettivologo, Università di Verona, ⁶ Virologo, Università di Verona, ⁷ Pneumologo, a Ospedale di Peschiera (VR), b Ospedale di Verona, ⁸ Nefrologo, Ospedale di Legnago (VR), ⁹ Allergologo, Ospedale - Università di Verona
* In Memoriam di Graziano Ghirelli, che ci ha lasciato nel Gennaio 2021

Premessa

A distanza di un anno dall'emergere della pandemia da Coronavirus SARS2-CoV-19 ci sono ancora poche evidenze che permettano di costruire linee guida basate su solide raccomandazioni da parte delle autorità scientifiche in tema di terapia utilizzabile nel territorio contro la malattia da coronavirus¹⁻⁵. Distanziamento, mascherine e igienizzazione sono ormai una regola e si sono dimostrate efficaci nel contrastare la diffusione del virus, l'affinamento e la disponibilità di nuovi test hanno semplificato il percorso diagnostico, ma restano incerte le procedure di assistenza durante le prime fasi della malattia da Covid-19. In ogni caso il medico di famiglia ha il dovere, basandosi sulla propria esperienza e sulla personale cultura fisiopatologica⁶, di dare una risposta assistenziale e terapeutica al paziente, orientandosi tra le parziali e frammentarie risultanze di studi clinici pubblicati negli ultimi 12 mesi. Dall'integrazione delle competenze dei medici di famiglia e dei colleghi

specialisti (infettivologi, virologi, pneumologi, internisti, etc.), sviluppata attraverso una trentina di seminari durante gli ultimi 12 mesi, nasce la versione 3.0 di questo "Documento di Consenso" aggiornato, che proponiamo ai colleghi impegnati nell'assistenza sul territorio. Come in tutte le malattie virali, e in particolare nel caso di Covid-19, vista la patogenesi e il comportamento clinico della malattia, è importante che gli interventi terapeutici seguano step by step quelli della evoluzione o ingravescenza clinica.

Fisiopatologia della malattia da SARS-CoV-2

Una volta avvenuto il contagio, l'incubazione ha una durata media di circa 5 giorni, con un minimo di 2 giorni ed un massimo di circa 12 (range stimato 2-14 giorni) seguita dall'esordio sintomatologico, in genere relativo alle vie aeree superiori, ma non raramente anche intestinale (addominalgie, diarrea), con prevalenti: febbre, tosse, malessere generale con mialgie, repentina alterazione dell'olfatto e del

gusto e dispnea, spesso poco avvertita dal paziente. Non esistono segni patognomonici o corredi sintomatologici tipici e non conosciamo bene quale sia la prevalenza dei pazienti asintomatici, anche se alcuni dati, per esempio quelli derivati dallo studio di popolazione effettuato a Vo' Euganeo (Vedi capitolo 1.1 Il settimo sigillo pandemico*), suggeriscono che gli asintomatici allora erano il 42,5% degli affetti dal coronavirus⁷. I dati invece ricavati da "Epicentro coronavirus"⁸ (vedi figura 1), riferiti all'Italia e considerando la popolazione suddivisa per fasce di età, mostrano che a *Giugno 2020* gli asintomatici variavano dal 56 al 60%, mentre i paucisintomatici variavano da 8% a 2% decrescendo nelle fasce di età più avanzate. Queste due categorie insieme ad *Agosto 2020* giungono fino al 78% per la prima fascia di età, per ridursi al 53% nell'ultima. A dicembre troviamo valori più ridotti ma più omogenei, dal 69% per la prima fascia al 55% per l'ultima con riduzioni progressive.

* In Covid-19: da una nuova malattia l'occasione per una nuova medicina. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2020.

Infine, a *Marzo 2021* chi ha una malattia lieve si attesta attorno al 28% (salvo che per la prima classe dove raggiunge il 20%), mentre gli ammalati gravi, inesistenti per le prime due classi, risultano il 4%, l'8% ed il 10% nelle successive. Il tasso di letalità in Italia, cumulato da inizio epidemia ad oggi (01.04.21) è al 3,05% con variazioni marcate da Regione e Regione, mentre quello mondiale è al 2,18%, secondo i dati della JHU⁹. Per confronto, il tasso di letalità in Italia per influenza nel 2019-2020 è stato dello 0,16%. Ricordiamo inoltre che il tasso di letalità è dato dal rapporto dei decessi sui casi totali, mentre il tasso di mortalità è dato dal rapporto dei decessi sull'intera popolazione.

Vedasi nella Figura 1 (Appendice) la percentuale di casi di Covid-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi, per classe d'età e settimana di diagnosi.

La malattia da coronavirus, oltre la forma asintomatica, può evolvere secondo 3 fasi sequenziali di gravità:

1. Una prima fase collegata alla replicazione virale che esplose dopo il periodo di incubazione; caratterizzata da sintomatologia simil-influenzale (ILI, Influenza like illness) con febbre, tosse e malessere generale. Come detto, nella maggior parte dei casi il decorso è assolutamente benigno e si conclude in circa cinque giorni dall'esordio, con residua discreta, ma spesso prolungata astenia.
2. La malattia può poi progredire verso una seconda fase, spesso preceduta da uno o due giorni di apparente benessere, e caratterizzata dall'interessamento polmonare massivo con un quadro di polmonite interstiziale, ipossiemia e dispnea inavvertita dal paziente. Tale fase ha anch'essa durata di quattro-cinque giorni e richiede sorveglianza intensificata perché l'evoluzione verso il peggioramento può essere rapidissima; in poche ore il paziente diventa francamente dispnoico con grave desaturazione ematica. L'esperienza di questi 12 mesi conferma che il periodo di maggior criticità è tra l'ottava e la decima giornata dall'esordio.

3. Come detto, in circa il 5% degli affetti si può instaurare un grave quadro di insufficienza respiratoria, determinata dai processi di iperinflamazione, che necessita di ricovero in terapia intensiva. L'exitus avviene in genere per insufficienza respiratoria acuta (ARDS, Acute Respiratory Distress Syndrome) o coagulazione intravascolare disseminata (CID).

Modelli clinici

Le affezioni maggiormente associate ai casi gravi sono: età (specie superiore a 70 anni), Scompenso Cardiaco, Diabete Mellito, Insufficienza Renale Cronica e Obesità. Le patologie polmonari (Asma e BPCO) non sembrano correlate a maggiore gravità di malattia. La malattia da Covid-19 presenta alcuni elementi particolari anche se non esclusivi:

- La dispnea a riposo poco avvertita specie dai giovani e dagli adulti ed evocabile solo con esercizi da sforzo (es. *Walking test*, o test di salita di un piano di scale, che può evidenziare una desaturazione significativa in soggetti con normo o minima desaturazione a riposo).
- L'infiammazione polmonare interstiziale, con edema evidenziabile all'ecografia toracica e classificazione nei tipi "*wet*" (umido) e "*dry*" (secco) delle immagini ultrasoniche.
- Il coinvolgimento vascolare con quadri di micro-trombosi dei vasi polmonari, particolarmente evidente negli anziani probabilmente per la presenza di altre patologie (Malattie Cardiovascolari 30%, Ipertensione 30%, Diabete Mellito 20%, Malattie Respiratorie Croniche 8%, Patologie Oncologiche 6%) e per la maggiore riduzione della mobilità in corso di malattia.
- La "tempesta" infiammatoria con l'attivazione dei molti processi di reazione, in particolare la cascata delle citochine, che giustifica l'impiego di farmaci antiinfiammatori, in particolare del cortisone.
- La possibile prolungata persistenza di alcuni quadri clinici, "multiorgano", che si inizia a definire come un vero e proprio quadro nosologico ("*Long Covid Syndrome*"). In mancanza di nuove definizioni nosologiche ufficiali si può

definire *malattia da coronavirus Covid-19 post-acuta*¹⁰ una condizione patologica che si estende dall'inizio della malattia e va oltre le 3 settimane, mentre si definisce *malattia "long covid"* quando questa condizione si protrae oltre le 12 settimane dall'inizio della malattia. I sintomi sono molto variabili: più frequenti sono tosse, febbre e astenia, italenanti. Meno frequenti lieve dispnea, toracoalgie, cefalea, difficoltà neurocognitive, rash cutanei, controllo instabile nel paziente diabetico, mialgie, stanchezza e tendenza al tromboembolismo. Utili i seguenti esami biochimici: Emocromo, PCR, Ferritina, Troponina e D-Dimero, Ormone Na. Più eventuali esami radiologici e visite specialistiche.

Assistenza domiciliare al paziente Covid positivo

In caso di sintomatologia febbrile e respiratoria il MMG dovrebbe valutare il paziente per il primo inquadramento clinico attraverso una visita iniziale possibilmente in presenza. Solo in questo modo ogni successivo step (anche telefonico) può essere mirato/ adeguato allo "specifico paziente" e al preciso quadro clinico.

a) Paziente asintomatico

1. Rammentare le misure igieniche da adottare e mantenere;
2. Redazione del diario personale di rilevazione della temperatura e della sintomatologia eventualmente subentrante;
3. Indicazione degli elementi d'allarme da comunicare al curante.

b) Paziente sintomatico con sintomatologia lieve-media, senza altre comorbidità

1. Le tre istruzioni dell'asintomatico, più...
2. Visita medica eseguita dal curante o da un collega delle USCA in contatto con il curante;
3. Contatto quotidiano (telefonico o telematico) per registrazione della temperatura, valutazione della dispnea e del livello di saturazione d'ossigeno (utili i saturimetri, oggi facilmente reperibili nelle farmacie e nelle sanitarie). Per il monitoraggio vedi la scheda in Appendice;

4. Aumento dell'attenzione in 4^a e 5^a e 8^a-10^a giornata.

c) Paziente sintomatico fragile o con comorbidità:

1. Le istruzioni del punto b, più...
2. Rilevazione quotidiana del MEWS (*Modified Early Warning Score*, vedi Appendice) con intensificazione del monitoraggio per valori fino a 4 e ricovero se > 6, sempre con informazioni per i colleghi;
3. Monitoraggio della saturazione d'ossigeno (se il paziente non possiede un saturimetro si può supplire con il Test di Roth, vedi Appendice);
4. Aggiustamento della terapia ordinaria;
5. Modifica terapeutica dopo 3-4 giorni di sintomatologia (vedi Strategie Terapeutiche Farmacologiche su Base Empirica);
6. Esecuzione, laddove possibile, di accertamento diagnostico di laboratorio da eseguire dopo 5 giorni dall'inizio dei sintomi (Emocromo, PCR, Ionemia, Creatinemia, ALT, LDH, D-dimero¹¹ tramite le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), o i Servizi Distrettuali Domiciliari. Per la PCR vedi indicazioni nel BOX n.1
7. Consulto infettivologico/pneumologico per intensificazione o ossigenoterapia (vedi più avanti).

Strategie terapeutiche farmacologiche su base empirica (vedi Tabella 1)

1. Antipiretici

1. Paracetamolo: 500 mg fino a sei volte al dì; oppure, se il Paracetamolo risultasse inefficace e/o ci fosse intolleranza e/o ci fossero sintomi accessori, Ibuprofene 400 mg x 4 volte die, o 600 mg x 3, oppure Nimesulide 100 mg x 2.
2. Metamizolo 20 gtt tre volte al dì, in particolare se cefalea, con attenzione all'ipotensione.

2. Antibatterici e Antivirali¹⁴⁻¹⁶

Se febbre persistente superiore a 38° C in paziente Covid positivo, con sintomi e/o segni respiratori quale in particolare tosse produttiva, con eventuali alterazioni dei parametri bioumorali (ad esempio incremento della PCR), usare uno dei seguenti farmaci.

BOX 1. - LA PROTEINA C REATTIVA NELLE INFEZIONI

La Proteina C reattiva (PCR) è un utile e non specifico indice di infiammazione, sensibile alla attivazione dei neutrofili^{12,13}.

Essa è un indice più preciso di infezione batterica rispetto alla VES, la quale è più specifica per l'infiammazione (es. artrite reumatoide).

Si incrementa molto precocemente e più rapidamente della VES.

La sua sensibilità è elevata, per cui è utilissima nella diagnosi differenziale tra polmonite batterica e virale, anche in assenza di segni obiettivi auscultatori.

In Medicina Generale la tecnica di esecuzione è semplice, su sangue capillare da puntura sul polpastrello, e rapida, con strumentazione facilmente trasportabile a domicilio. In alternativa è dosabile su sangue da prelievo venoso. Valori di riferimento:

- **Normale (negativa): < 8 mcg/ml.**

- **9-35 mcg/ml:** range di valore aspecifico, possibile anche in corso di virusi, non clinicamente significativa anche in presenza di febbre.

- **36-60 mcg/ml:** da ricontrattare, se presenza di sospetto clinico di infezione batterica (es. polmonite), acuta o sub acuta (es. ricattizzazione di BPCO).

La risposta infiammatoria della polmonite da Covid-19 può accompagnarsi a valori di PCR aumentati "intermedi", con riscontro frequente di **valori nei range 9-35 mcg/ml e 36-60 mcg/ml.**

Il riscontro di valori aumentati intermedi, pur in presenza (o pauci presenza) di sintomatologia clinica, può suggerire comunque l'aggiunta di terapia antibiotica⁹.

- **>60 mcg/ml:** infezione batterica verosimilmente certa (nella polmonite frequenti valori > 90 mcg/ml), con indicazione a terapia antibiotica con o senza (a giudizio clinico) approfondimento (imaging) diagnostico.

Oggi c'è la possibilità di fare un dosaggio sia semiquantitativo che quantitativo a domicilio, che può aiutare ad orientare clinicamente.

Farmaci antivirali: non esiste, a tutt'oggi, un farmaco antivirale di provata efficacia nei confronti del coronavirus.

3. Anticorpi Monoclonali

Un'arma di grande interesse potrebbe essere rappresentata dall'uso degli anticorpi monoclonali. Gli anticorpi monoclonali (MAb, *Monoclonal Antibodies*) sono particolari tipi di anticorpi, prodotti con tecniche di DNA ricombinante a partire da un unico tipo di cellula immunitaria. Gli anticorpi monoclonali agiscono con il medesimo meccanismo d'azione degli anticorpi prodotti dall'uomo, possiedono un'affinità altamente specifica per un determinato tipo di antigene e si legano ad esso, consentendo in questo modo di ottenere una marcata risposta immunitaria nei confronti di quella tossina, proteina, mediatore chimico, cellula maligna o agente patogeno che costituisce il target della terapia. Nel caso del coronavirus si legano alla proteina spike. Per le indicazioni

e il timing citiamo una recente nota AIFA del 04.02.2021¹⁹: "... si ritiene che i suddetti farmaci (previa verifica della loro effettiva disponibilità) possano essere resi disponibili con procedura straordinaria e a fronte di una rivalutazione continua sulla base delle nuove evidenze disponibili, dell'arrivo di nuovi anticorpi monoclonali o altri farmaci, e delle eventuali decisioni assunte in merito da EMA. La popolazione candidabile al trattamento dovrà essere rappresentata unicamente da soggetti di età >12 anni, positivi per SARS-CoV-2, non ospedalizzati per Covid-19, non in ossigenoterapia per Covid-19, con sintomi di grado lieve-moderato di recente insorgenza (e comunque da non oltre 10 giorni) e presenza di almeno uno dei fattori di rischio (o almeno 2 se uno di essi è l'età >65 anni) ..."

4. Corticosteroidi

Trovandoci nella situazione di cui al punto b, e persistendo la febbre e i sintomi/segni respiratori, specialmente

Tabella 1 Proposta di Terapia Empirica a domicilio in tema di Covid-19

Farmaci o presidi	Dosaggio	Giorni di terapia	Commento
Antipiretici	Paracetamolo 500 mg fino a 6/die opp. Ibuprofene 400 mg x 3-4/die opp. Metamizolo 20 gtt x 3/die opp. Nimesulide 100 mg x 2/die	<i>al bisogno</i>	
Antibatterici	Claritromicina 500 mg x 2/die opp. Azitromicina 500 mg/die opp. Levofloxacina 750 mg/die opp. Amoxicillina clavulanata x 3 mg/die Cefditoren 400 mg x 2/die x 5 gg opp. Ceftriaxone 2 gr/die in monosomministrazione	<i>x 5-7 gg x 3 gg ev ripetibile x 5-7 gg idem idem idem</i>	<i>Un'ulteriore opzione terapeutica è rappresentata dall'associazione fra Macrolidi e Betalattamine o Cefalosporine</i>
Corticosteroidi	Prednisone (o equivalenti) 25 mg/die, poi 12,5 mg die	<i>x 5 gg x altri 5 gg</i>	
Idrossiclorochina	-----	-----	<i>Non abilitata a trattare questa malattia</i>
Ossigeno	1-2 l/min quando la SO_2 è < 90%	<i>Solo nei giorni in cui c'è una saturazione bassa</i>	<i>Si può passare a 3 l/min in caso la SO_2 non raggiungesse 93-94%</i>
Anticoagulanti	Enoxaparina	<i>4000 UI/die</i>	<i>Solo in pazienti allettati o ipomobili per altre patologie</i>
Nutraceutici	Vitamina D (es. Colecalciferolo 1000-2000 UI/die, più Zn, Se, Mg, Resveratrolo, Curcuma naturale, Sulforafano	<i>x 8 settimane</i>	<i>Poteniano il sistema immunitario e hanno un possibile effetto antivirale generico</i>
Antiossidanti	N-Acetilcisteina 600 mg x 2 die	<i>x 8-10 giorni</i>	

Nota: va tenuto presente che le complicanze batteriche su infezioni respiratorie virali possono sopraggiungere in percentuale variabili, fino al 40% dei casi^{17,18}.

di fronte ad una iniziale riduzione della saturazione, può essere opportuno trattare il paziente anche con una piccola dose di cortisone, a fini antiinfiammatori e antiedemigeni²⁰⁻²² Per esempio: Prednisone 25 mg/die x 5 gg, poi 12,5 mg/die per altri 5 giorni oppure altri cortisonici in dosi equivalenti.

5. Ossigeno (con occhialini)

1-2 l/min quando la saturazione di O_2 è < 90%, per arrivare ad una saturazione di 93-94%, altrimenti si può aumentare a 3 l/min ed applicare la

mascherina. L'ossigeno è disponibile nelle farmacie (su richiesta diretta del curante: una bombola di ossigeno gassoso di 3000 l dura mediamente 2 giorni) e nei distretti (con compilazione diretta del modulo regionale apposito, fino a 60 giorni di terapia).

6. Anticoagulanti

Da somministrare come profilassi (es. Enoxaparina 4000 UI/die), solo in pazienti che presentino un quadro respiratorio e siano allettati o abbiano una bassa mobilità per obesità, ma-

lattie neurologiche o osteoarticolari, o una storia di pregresso tromboembolismo. Ricordiamo che il dosaggio, trattandosi di profilassi, è indipendente dal peso.

7. Vitamine e Integratori

Vi sono dati che suggeriscono l'utilità dell'integrazione con Vitamina D (esempio: Colecalciferolo 1000-2.000 UI/die)^{23,24}. Anche l'impiego di Zinco, Selenio, Magnesio, Resveratrolo, Curcuma naturale e Sulforafano ha un razionale biologico che deve però

essere confermato da studi prospettici sul campo. Questi oligoelementi e polifenoli hanno un effetto antivirale coadiuvante e modulante la risposta del sistema²⁵⁻²⁷.

Nota: **L'Idrossiclorochina** ha inizialmente destato molto interesse per l'efficacia dimostrata nella cura della Sars1. Dopo 12 mesi dobbiamo registrare che praticamente tutti gli studi finora eseguiti non abilitano il farmaco²⁸. Una recente sentenza del Consiglio di Stato (11.12.2020) ne consente la prescrizione sotto precisa responsabilità e dietro stretto controllo del medico ai pazienti affetti da Sars-Cov-2 nella fase iniziale della malattia.

Strategie terapeutiche non farmacologiche

a. Idratazione

Importante la verifica dello stato delle mucose e il consiglio ad assumere almeno due litri di liquidi al giorno. Particolare attenzione nell'anziano che ha ridotto il senso della sete e, per motivi opposti, cautela nei cardiopatici, nefropatici ed epatopatici.

b. Attività motoria

- i. Consigliare la deambulazione anche nella stanza (almeno 2000 passi al giorno).
- ii. Suggestire esercizi statici (5BX e XBX Exercises)^{17,18} nei non allettati, per mantenere la tonicità.

c. Posturologia

Pronazione o decubito laterale nei pazienti con saturazione O2 < 94% o con tosse produttiva; tale postura favorisce il reclutamento alveolare e lo scambio gassoso.

Vaccinazioni

Per un inquadramento generale si ritiene utile la lettura del documento, in periodico aggiornamento curato dalla commissione scientifica dell'OMCEO Verona²⁹. Seguendo le indicazioni della Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica, proponiamo un **Algoritmo decisionale** relativo alla gestione dei pazienti allergici durante la campagna vaccinale³⁰.

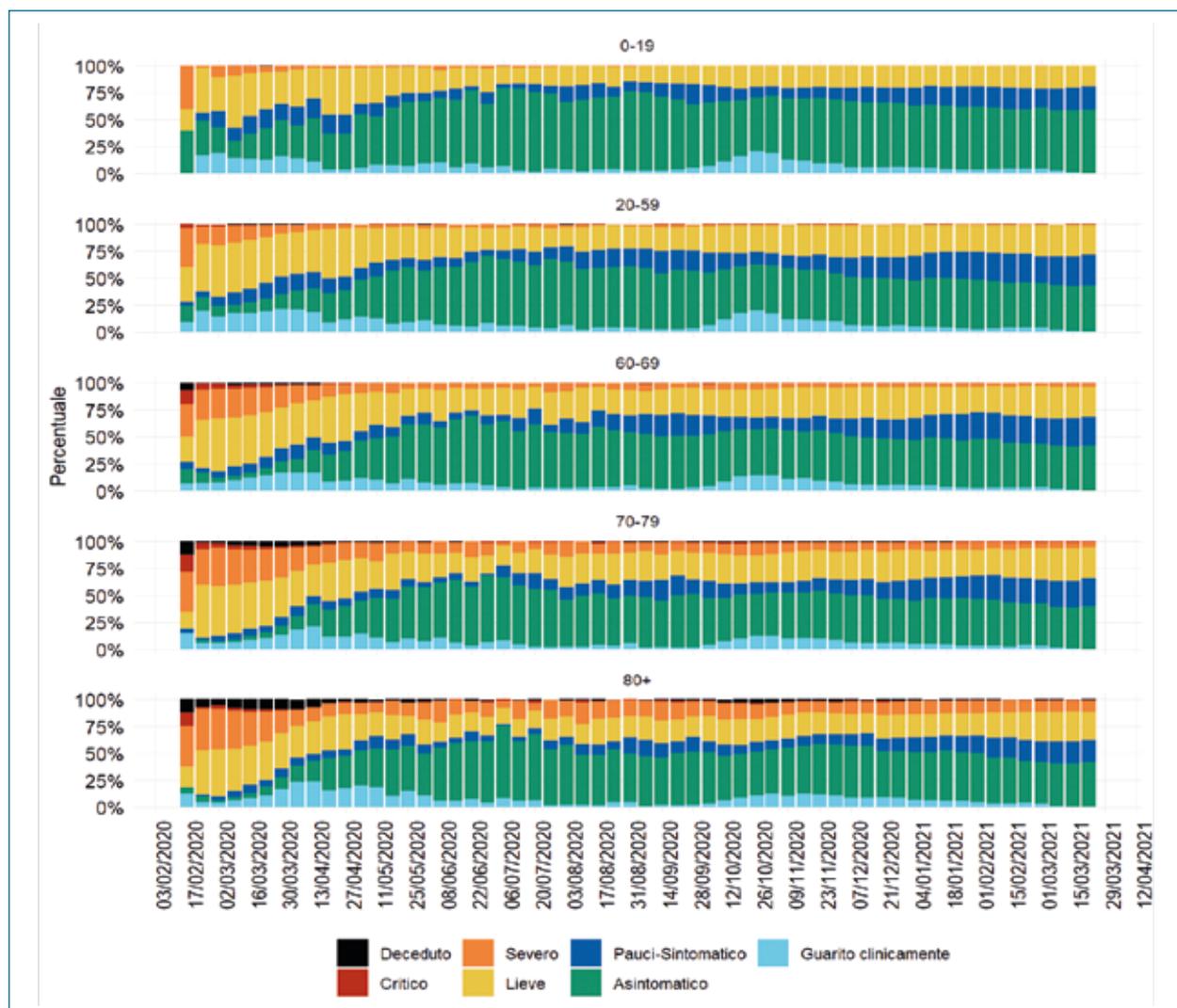


Figura 1 Percentuale di casi Covid-19 diagnosticati in Italia per stato clinico al momento della diagnosi, per classe d'età e settimana di diagnosi⁸

Come evidenziato le categorie a rischio sono molto limitate e si possono identificare nelle seguenti:

1. *Asma grave non controllata*
2. *Anafilassi idiopatica*
3. *Mastocitosi con almeno due pregresse anafilassi a diversa etiologia*
4. *Pregresse reazioni anafilattiche a vaccini*

A queste categorie andrebbero aggiunti i soggetti con nota allergia al polietilenglicole (PEG) che è stato identificato come potenziale trigger anafilattico. Va invece sottolineato che i soggetti allergici in generale e quindi coloro che soffrono di rinite o asma allergico, o hanno presentato reazioni anche gravi ad alimenti o farmaci hanno un rischio sostanzialmente sovrapponibile alla popolazione generale. A tutt'oggi il rischio di una reazione allergica grave è di 1/100.000, per confronto nella vaccinazione antiinfluenzale è di 1/1.000.000.

I soggetti appartenenti alle categorie suindicate devono essere valutati da un allergologo e la vaccinazione deve essere eseguita in ambiente protetto.

Per eventuali consigli specifici è possibile contattare: segreteria.allergologia@aovr.veneto.it.

APPENDICE

II MODIFIED EARLY WARNING (MEWS) è uno strumento di rapida e semplice applicazione, che fornisce un utile ausilio nella decisione della corretta allocazione del paziente, in base all'intensità di monitoraggio e cure richiesti. La scheda MEWS, secondo le indicazioni dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", è stata opportunamente adattata e modificata per supportare ed uniformare le decisioni cliniche nell'ambito della gestione dell'epidemia di Covid-19. Nella flow-chart della scala sono definiti i criteri di utilizzazione dello score MEWS per la appropriata definizione del livello di intensità di cura. Per una più completa definizione del paziente critico vengono altresì definiti una serie di parametri sentinella, che potranno costituire un ulteriore eventuale supporto alla decisione clinica. Il punteggio che si ottiene dalla scala va da un minimo di 0 ad un massimo di 14. Gli studi mostrano che un punteggio uguale o superiore a 5 identifica un paziente critico ed instabile, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte. Il MEWS è quindi uno strumento importante e validato per evidenziare tempestivamente un peggioramento delle condizioni cliniche.

Test di Roth

(descrizione semplificata)

Il test di Roth si effettua chiedendo al paziente di fare un respiro profondo seguito dal conteggio ad alta voce da 1 a 30 nella sua lingua madre, in un unico respiro, il più rapidamente possibile. Si cronometra il tempo in secondi a partire dal numero 1 fino al raggiungimento del numero più alto, che viene a sua volta registrato. Il test si ripete dopo che il soggetto abbia effettuato 3 respiri profondi. Il test di Roth include 2 misurazioni: (1) la durata del tempo trascorso per il conteggio da 1 a 30 in 1 respiro o fino a quando il paziente faccia un altro respiro; e (2) il numero più alto raggiunto in 1 respiro. Conteggi superiori a 11 e durata di conteggio superiore a 8 secondi indicano saturimetria nella norma. Con un numero massimo raggiunto <10 o un tempo di conteggio <7 secondi si identificano i pazienti con pulsossimetria in aria ambiente <95% (sensibilità del 91% e 83%, rispettivamente). Un numero massimo raggiunto <7 o tempo di conteggio <5 secondi identificano i pazienti con una pulsossimetria in aria ambiente <90% (sensibilità dell'87% e 82%, rispettivamente). Il test ha il vantaggio di misurare il variare della performance nello stesso individuo.

DATI FISIOLGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Pressione sistolica (mmHg)	<70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura corporea (°C)		≤35°C		35,1-38,4°C		≥38,4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS <9)
PUNTEGGIO TOTALE [] [] Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, ≥ 5 critico.							

SCHEDA di MONITORAGGIO

Data	Temperatura Ore 8.00/18.00	Frequenza cardiaca Battiti/min	Frequenza respiratoria Respiri/min	Saturazione ossigeno	Pressione arteriosa Sist/Diast

Bibliografia

<p>1 WHO: Covid-19. Clinical Management. Living Guidance. 25 January 2021. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1.</p> <p>2 NIH: Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Treatment Guidelines. https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/.</p> <p>3 BMJ: Coronavirus disease 2019 (Covid-19) https://bestpractice8bmj.com/topics/en-us/3000168.</p> <p>4 S. Juul, E.E. Nielsen et al: Interventions for treatment of Covid-19: Second edition of a living systematic review with meta-analysis and trial sequential analyses (The LIVING Project). PLOS ONE https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248132 March 11, 2021.</p> <p>5 Gruppo di Lavoro Regione Veneto: Emergenza COVID19. Gestione clinica e terapeutica nel setting domiciliare dei pazienti (v.2.0 del 12.03.2021).</p> <p>6 G. Federspil: Premessa. In D.L. Sackett et alii: La Medicina Basata sulle Evidenze. Pensiero Scientifico Editore, 1998.</p> <p>7 E. Lavezzo, E. Franchin: Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian Municipality of Vò. Nature, vol 584, August 2020.</p> <p>8 https://www.epicentro.iss.it... Ultimo accesso 02.04.2021.</p> <p>9 https://coronavirus.jhu.edu/map.html... Ultimo accesso 02.04.2021.</p> <p>10 T. Greenhalgh et alii: Management of post-acute Covid-19 in primary care. BMJ 2020; 370: m3026. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3026.</p> <p>11 F. Wang et alii: The timeline and risk factors of clinical progression of COVID in Shezen, China. J. Transl. Med. (2020)</p>	<p>18:270 https://doi.org/10.1186/s12967-020-02423-8.</p> <p>12 D.S. Jacobs, et alii: Laboratory Tests Handbook. Lexi-Comp 2001.</p> <p>13 J. Watson et al.: Raised inflammatory markers. Rationale testing, in Practice. BMJ 2012; 344: e454 doi: 10.1136/bmj.e454 (Published 3 February 2012).</p> <p>14 E. Concia, F. Gobbi e M. Lanzafame: Terapia Antinfettiva, Edizioni Libreria Cortina Verona, 2020.</p> <p>15 O. Culic, V. Erakovic, M.J. Parnaham: Antiinflammatory Effects of Macrolide Antibiotics. Eur. J. Phamacol. 2001 Oct 19; 429 (1.3): 209-29.</p> <p>16 Goodman and Gilman: Le basi farmacologiche della terapia. Il Manuale. 2^a ed. Zanichelli, 2015.</p> <p>17 A.R. Falsey et alii: Bacterial Complications of Respiratory Tract Viral Illness: A Comprehensive Evaluation. Journal of Infectious Diseases, 2013; 208: 432-41.</p> <p>18 J.E. Prasso and J.C. Deng: Postviral Complications. Bacterial Pneumonia. Clin. Chest Med. 38 (2017) 127-138.</p> <p>19 AIFA: Parere CTS AIFA su anticorpi monoclonali. Roma, 04.03.21.</p> <p>20 G. Meduri and B. Rochweg: Should Corticosteroids Be Routine Treatment in Early ARDS? Yes. Chest, 159, 1, 25-29, 2021.</p> <p>21 M.K. Hensley, M.W. Sjoding and H.C. Prescott: Should Corticosteroids Be Routine Treatment in Early ARDS? No. Chest 159, 1, 29-33, 2021.</p> <p>22 AIFA: Corticosteroidi nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19. Prima pubblicazione: 6 Ottobre 2020.</p>	<p>23 P. Bergman, A.U. Lindh, L. Björkhem-Bergman, J.D. Lindh. Vitamin D and Respiratory Tract Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS One. 2013 Jun 19;8(6):e65835.</p> <p>24 A.S. Vanherwegen, C. Gysemans, C. Mathieu: Regulation of Immune Function by Vitamin D and Its Use in Diseases of Immunity. Endocrinol Metab Clin North Am. 2017 Dec;46(4):1061-1094.</p> <p>25 K.S. Vimalaswaran, N.G. Forouhi, K. Khunti: Vitamin D and Covid-19. BMJ 2021; 372: n544.</p> <p>26 S. Tahmasebi, M.A. El-Esawi et alii: Immunomodulatory effects of nanocurcumin on Th17 cell responses in mild and severe Covid-19 patients. J Cell Physiol. 2020 Dec 28.</p> <p>27 M. Piazza, A.L. Boner, S. Giroto, E. Concia, and J.A. Bellanti: Is Nutraceu-tical Supplementation Appropriate for Covid-19 Management? Allergy Asthma Proc. Accettato issue May 2021.</p> <p>28 AIFA: Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con Covid-19. Update del 22 luglio 2020.</p> <p>29 Commissione Scientifica OMCEO VR: Caratteristiche, Efficacia e Sicurezza dei Vaccini Anti-Covid-19 finora autorizzati in Europa. (01.03.2021). https://www.omceovr.it/public/wp-content/uploads/2021/03/AGGIORNAMENTO-CARATTERISTICHE-EFFICACIA-E-SICUREZZA-VACCINI-ANTICOVID19-ASTRAZENECA.pdf.</p> <p>30 Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica (SIAAIC): Linee di indirizzo per la gestione da parte degli allergologi dei pazienti a rischio di reazioni allergiche per Covid-19 (15.02.2021).</p>
---	--	--

La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne

Nel dossier inviato al Programma Next Generation EU c'è il contributo di Anna Tomezzoli, anatomopatologa veronese e membro del Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici di Verona, con il ruolo istituzionale di segretario.

Il documento, che è diventato un libro (edito da Moretti&Vitali), contiene un elenco di priorità che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in Sanità, prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni. In previsione dei pensionamenti della generazione dei baby boomers, infatti, le donne medico sono la forza lavoro che guiderà la Sanità del futuro e la grande prova di forza che hanno offerto durante la pandemia ha dimostrato sul campo le loro capacità dirigenziali, che ora vanno elevate a sistema.

Dall'Italia è partito alla volta del Programma Next Generation EU il dossier «La sanità che vogliamo. Le cure orientate dalle donne», contenente un elenco di priorità, declinate al femminile, che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in Sanità nel rispetto di chi lavora sul campo, analizzando le carenze e prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni. Fra le autrici del progetto, tutte donne medico e dirigenti sanitarie iscritte all'Anaao Assomed, figura la dottoressa **Anna Tomezzoli**, anatomopatologa veronese, componente del Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona con il ruolo istituzionale di segretario, nonché componente dell'esecutivo nazionale dell'Anaao.

La dottoressa Tomezzoli ha contribuito a stilare il capitolo **«Dal governo clinico al governo delle donne»**, che parte dall'analisi del quadro attuale dell'impiego delle donne in Sanità per arrivare a formulare proposte concrete che incidano sul mercato del lavoro e sull'organizzazione dei sistemi sanitari e degli organismi di rappresentanza della categoria.

«Oggi le donne medico sono la metà della forza lavoro e la maggioranza in molte regioni», spiega. «Al di sotto dei 60 anni d'età sono il 57 per cento, al di sotto dei 50 anni sono il 60 per cento e nella fascia d'età tra i 40 e i 45 anni arrivano al 65 per cento. Da questi dati si evince come le donne medico costituiscano già, in previsione dei pensionamenti della generazione dei *baby boomers*, la forza lavoro che guiderà la Sanità del futuro». Ma, per ora, il sorpasso è solamente numerico. «Solo una donna medico su 50 diventa responsabile di Unità Operativa Complessa e solo una su dieci lo diventa di Unità Semplice. Per citare un esempio *local*, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona conta circa 70 Unità Operative Complesse e solo cinque direttrici donna, tre in ambito ospedaliero e due in ambito universitario, nonostante le dipendenti di sesso femminile siano, ormai, la maggioranza». La situazione non è diversa altrove, ma la pandemia di Covid-19 ha contribuito a portare fuori dall'ombra il lavoro delle donne medico. «Non è un caso se il paziente Covid numero 1 è stato diagnosticato da una dottoressa», sottolinea Tomezzoli. E anche in considerazione della crescente importanza delle professioni sanitarie, legata all'emergenza sanitaria e alla cronicità, «bisogna ridisegnare un futuro diverso: un piano straordinario per l'occupazione medica femminile, a partire dalle risorse stanziare dalla Comunità europea».

Nel dossier vengono proposte alcune soluzioni. Tra queste, la presenza adeguata e imprescindibile delle donne medico nella pianificazione dei piani nazionali di ripresa, per portare appropriate proposte in Sanità; lo sviluppo di ambienti di lavoro che facilitino l'impegno professionale delle donne attraverso l'istituzione di nidi, scuole materne e doposcuola aziendali; l'accesso facilitato al part time e alle forme di flessibilità di orario, anche per far fronte a crisi impreviste ed emergenze personali.



Dott.ssa Anna Tomezzoli

Il dossier è diventato un libro-manifesto sul lavoro delle donne in Sanità, pubblicato da Moretti&Vitali e destinato a quanti vogliono condividere e fare proprie le riflessioni e le proposte per sperimentare nuovi modelli improntati al femminile. La curatrice Sandra Morano, responsabile dell'Area Formazione Femminile dell'Anaao, lo ha presentato durante un incontro online a cui ha partecipato il Ministro della Salute Roberto Speranza. È intervenuta anche la dottoressa Tomezzoli. Il video della presentazione è disponibile sul sito internet *anaao.it*. «È motivo di grande soddisfazione e di orgoglio, per l'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Verona, la partecipazione della dottoressa Anna Tomezzoli al progetto inviato al Next Generation EU», sottolinea il presidente, **Carlo Rugiu**. «Credo fermamente nel ruolo delle donne in tutti i campi della professione medica e odontoiatrica, e mi auguro che si avvicini sempre di più il traguardo di una reale parità di genere, che porti con sé offerte lavorative adeguate e la possibilità di raggiungere posizioni di vertice. Per arrivare a questi obiettivi è necessario che anche i sistemi organizzativi si confrontino con la nuova realtà di una professione principalmente al femminile e vi si adeguino. Dal mio punto di vista posso sottolineare la prevalenza femminile nel nuovo Consiglio direttivo dell'Ordine di Verona, che rimarrà in carica fino al 2024. Su cinque componenti, tre sono donne. Oltre alla dottoressa Tomezzoli, si tratta della dottoressa Caterina Pastori, che ricopre il ruolo di Tesoriere, e della dottoressa Elena Boscagin, presidente della Commissione Albo Odontoiatri».

Dentisti: pronti a vaccinare

Odontoiatri veronesi pronti, dopo il via libera arrivato nei giorni scorsi dal ministero della salute, a fare la propria parte nella campagna vaccinale per il coronavirus in provincia

VERONA, DENTISTI:

“PRONTI A SOMMINISTRARE IL VACCINO”

Carteri (Andi): “Lettera di disponibilità inviata al presidente della regione Veneto, Luca Zaia”

Boscagin (Cao): “La vaccinazione del personale di studio procede, raggiunto importante risultato”

VERONA, 17 marzo 2021

Dentisti veronesi pronti a somministrare il vaccino anti Covid all'interno dei centri individuati dalle strutture che gestiscono l'emergenza da coronavirus. La disponibilità segue a ruota il via libera arrivato nei giorni scorsi dal ministero della Salute dopo l'incontro con Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) e Commissione albo odontoiatri nazio-

nale. “Gli iscritti di Andi Verona sono pronti a dare “manodopera” su base volontaria.

Alla sede provinciale sono già arrivate le prime email di colleghi che si rendono disponibili alla somministrazione del vaccino nelle sedi individuate dalle Ulss o comunque dagli organismi che gestiscono l'emergenza sanitaria in atto – spiega il presidente di Andi Verona **Mauro Carteri** - Per noi è una vera e propria chiamata alle armi”. Una lettera di disponibilità è stata inoltre inviata in tal senso al presidente della regione Luca Zaia dal coordinamento regionale di Andi.

“Abbiamo detto alla regione che noi ci siamo e che, in sostanza, ci tengano in considerazione - prosegue Carteri - Nei prossimi giorni ci confronteremo con gli oltre 600 dentisti Andi della provincia”.

Procede intanto la campagna di vaccinazione rivolta al personale degli studi odontoiatrici veronesi, sia di-

pendente che collaboratore. “Il comparto comprende gli amministrativi, gli assistenti alla poltrona, gli igienisti dentali e gli odontotecnici.

Al momento sono più di 1.200 le figure professionali coinvolte, oltre ai mille odontoiatri che hanno già iniziato il ciclo vaccinale – spiega **Elena Boscagin**, presidente di Cao Verona (Commissione Albo Odontoiatri dell'ordine dei medici) - Siamo orgogliosi di aver contribuito ad una procedura che, pur complessa, ci permetterà di raggiungere un risultato importante, ottenuto grazie all'impegno congiunto di Cao e di Andi, ma soprattutto in virtù della grande sensibilità dei funzionari della Ulss 9”.

“Come ha ricordato la Fnomceo, esiste un dovere deontologico, per tutti i medici, di mettersi a disposizione delle autorità per consentire al nostro Paese di superare la crisi sanitaria – conclude Carteri - Tutti dobbiamo fare la nostra parte per uscire dalla pandemia”.



Vaccinando al supermercato

Dopo un periodo di inattività (o quasi) sono rientrato in servizio. Cercavano medici per la vaccinazione di massa anti Covid. Mi sono ritrovato, con altri colleghi pensionati che non vedevo da tempo, a vaccinare al CVP di Le gnago, ex supermercato Rossetto.

Nel salone dove lavoro, alle pareti, ci sono ancora i cartelloni che mostrano polli, salumi e formaggi. Sarà forse per questo che qualcuno, talvolta, ci confonde con i commessi del supermercato e crede di poter scegliere il vaccino che più gli aggrada.

La cosa fa imbestialire qualche collega che se la prende male e quando non ne può più, si alza e va a prendersi il caffè dietro le "quinte", per fare dei sospironi forti e smaltire la rabbia. Si vaccina con quello che arriva.

Quando è il turno di quel tal vaccino (non lo nomino, ma chi mi legge l'indovina) la gente ci guarda con espressione sospettosa come se stessi complottando contro la loro salute. Ormai mi basta uno sguardo

alla scheda anamnestica per capire che chi mi sta davanti è contrario. Quando vi leggo la parola "trombosi", so già che quella sta a significare ... "guarda che quello non lo voglio". Sul plexiglas che sormonta il tavolo dove lavoriamo, qualcuno ha fatto anche una raccolta dei certificati più strani vergati da qualche collega che fa collegamenti strani tra patologie indefinite e controindicazioni a quel tal vaccino.

Sono i casi che diventano più difficili perché quelle indicazioni non risultano sostenute da nessuna evidenza scientifica e creano non pochi problemi. Al di là di queste amenità comunque, l'attività mi ha portato a rivedere facce che non rivedevo da tempo.

Tra queste una che proprio avevo dimenticato da un pezzo. Quella di Oreste. L'avevo conosciuto nei primi anni di carriera, quando facevo da poco il medico di famiglia. Mi era venuto a cercare perché il suo mal di stomaco era peggiorato e lo faceva soffrire in modo particolare.

Aveva con sé le sue brave radiografie dove gli avevano diagnosticato un'ulcera duodenale.

Fu una delle prime persone cui feci una gastroscopia, che confermò la diagnosi fatta dal radiologo. Gli prescrissi l'ultima novità: la cimetidina. La cura fu "miracolosa", così la definì lui. Oreste ingurgitò la sua brava dose di cimetidina (5 cp al giorno....!) per un mese e quando tornò al controllo la sua ulcera era cicatrizzata.

Sarà stato forse per questo successo terapeutico che Oreste si ricordava di me e quando gli proposi di fare il tal vaccino, dopo avermi chiesto se glielo consigliavo, senza più dubbi decise di farselo inoculare.

L'ho rivisto qualche giorno fa per la seconda dose. Mi ha ringraziato, per il vaccino, ma ancora una volta per averlo guarito dall'ulcera. Quella sera, tornato a casa dal CVP mi sono venuti in mente i primi anni di professione e le cure per l'ulcera.

A quel tempo non si era ancora scoperto l'*Helicobacter* ed i chirurghi vantavano nei loro curricula gli interventi di gastrectomia e di vagotomia. Oggi l'ulcera duodenale sembra non esista più.

Mi son venuti in mente, quella sera, i vecchi medici condotti che incontravo alle cene offerte dalle ditte farmaceutiche; ai loro racconti sul tifo e la difterite. Epidemie anche quelle terribili e forse non meno tragiche di questa pandemia.

Mi sono chiesto quanti giovani colleghi che lavorano con me al centro, abbiano mai raccolto un'anamnesi con la diagnosi di "ulcera duodenale".

E mi sono ritrovato a pensare che quei ricordi facevano ormai parte della storia della medicina.

ROBERTO MORA



Premio Verona Network 2021

Care colleghe, cari colleghi
Con piacere vi informo che l'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri della provincia di Verona ha ricevuto il **Premio Verona Network 2021**, con la seguente motivazione:

Per aver affrontato con i propri iscritti, sempre in prima linea, l'emergenza Covid-19, lavorando con instancabile abnegazione per salvaguardare la salute dei cittadini e dimostrando, anche in occasione della campagna vaccinale, la massima professionalità.

A nome dell'Ordine, ho ritirato la targa di merito giovedì 15 luglio al Teatro Vittoria di Bosco Chiesanuova, durante la serata di premiazione organizzata dagli oltre 60 soci dell'Associazione Verona Network, che assegna ogni anno il riconoscimento a persone, realtà e istituzioni veronesi che si sono distinte per l'impegno e l'innovazione nel settore socio-economico. La targa mi è stata consegnata dal Presidente della Provincia, Manuel Scalzotto.

Oltre al prestigioso Premio Verona Network 2021, l'ente ha ritenuto di conferire al nostro Ordine anche il **Premio Associazioni e Ordini**, uno degli otto riconoscimenti assegnati nel corso della serata ad altrettante categorie specifiche, in quanto organo rappresentante di tutti i professionisti che in questa complessa situazione di pandemia hanno messo in campo la loro esperienza, le conoscenze, le competenze ed energie per affrontare l'emergenza sanitaria e proteggere la salute dei cittadini.

Questi due riconoscimenti sono molto significativi per l'attività svolta e l'impegno che la nostra categoria ha profuso nell'ultimo anno e mezzo, e idealmente vogliono arrivare a tutti i Medici e gli Odontoiatri veronesi.

Li dedichiamo in particolare ai colleghi che si sono ammalati e a chi non c'è più per colpa del Covid-19: i medici di medicina generale Graziano Ghirelli e Leonardo Tarallo e i medici odontoiatri Ferdinando De Crescenzo e Paolo Menegon.



Il Presidente OMCeO Carlo Rugiu

Sulla pagina Youtube dell'Associazione Verona Network (<https://www.youtube.com/user/PantheonMagazine>) è disponibile la registrazione della serata di premiazione e la video intervista realizzata in occasione della candidatura al Premio.

CARLO RUGIU
PRESIDENTE DELL'OMCEO DI VERONA



Da sinistra: il direttore di Verona Network, Matteo Scolari; il presidente dell'OMCeO, Carlo Rugiu; il presidente della Provincia, Manuel Scalzotto.

