

Medicina e sanità nella pandemia

Primo Piano

- È una sindemia
- Fatti e narrazioni sul COVID: è possibile una resilienza collettiva?

Forum

- L'ospedale che verrà
- La medicina del territorio
- Long term care

Medicina e letteratura

- I medici bresciani che scrivono al tempo del COVID

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Hic et nunc
Ottavio Di Stefano..... 3

La ginestra
Gianpaolo Balestrieri..... 4

PRIMO PIANO

È una sindemia
Gavino Maciocco..... 5

Fatti e narrazioni sul Covid:
è possibile una resilienza collettiva?
Francesco Longo..... 8

FORUM

L'ospedale che verrà..... 12

La medicina del territorio..... 17

Long term care..... 22

PUNTI DI VISTA

Al di là del virus: l'impatto psicologico della
pandemia, l'infodemia e la comunicazione del rischio
Giovanni de Girolamo..... 29

Spunti per la riorganizzazione ospedaliera post-covid:
imparare dalla pandemia
Valerio Verdiani..... 37

TESTIMONIANZE

Diario di un medico di campagna
Germano Bettoncelli..... 42

Perplexi e...confusi
Ottavio Di Stefano..... 43

COVID-19: l'esperienza della Svezia
Marta Paterlini..... 45

Riflessioni di un geriatra a un anno
dall'inizio della pandemia
Renzo Rozzini..... 48

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Lettera del Presidente Luigi Veronesi..... 53

MEDICINA E LETTERATURA

I medici bresciani che scrivono
al tempo del Covid..... 59



* spiegazione
della copertina
pag 77

RICORDI

Dottor Lorenzo Bagozzi,
la sorella Chiara..... 63

Dottor Alessandro Braga,
Floriana Braga..... 64

Professor Carlo Cristini
Gianbattista Guerrini..... 64

Professor Leopoldo Falsetti,
Giulia Falsetti Gallarotti..... 65
I suoi ex Allievi ed Ale Gambera..... 65

Dottor Andrea Frana,
i figli Alessandra, Elisabetta, Lorenzo..... 66

Dott. Franco Piantoni,
Roberto Frigeni, amico e collega..... 67

Dottor Mariano Luzzago,
il figlio Federico..... 68

Dottor Luigi Martinelli,
Ottorino Barozzi..... 69
Famiglia Martinelli..... 70

Professor Pierluigi Sapelli,
Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine
dei Medici Chirurghi..... 72

Dottor Mario Storari,
Mariacristina Storari..... 73

Dottor Eugenio Valentini,
Claudia Valentini..... 73

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2453211, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.Ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

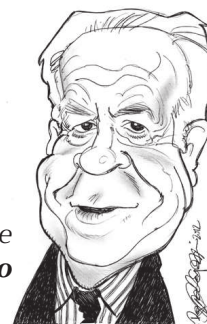
CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI: PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami, COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi, UFFICIO DI PRESIDENZA: COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione.

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

Hic et nunc



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

È davvero sorprendente.

Il male-pandemia ci ha reso consapevoli di quanto siamo gli uni dipendenti dagli altri. Indossare la mascherina, stare ad almeno un metro di distanza e lavarsi le mani certo sono gli strumenti indispensabili per preservare noi stessi, ma lo sconosciuto o la sconosciuta che incroci per strada confida in te e tu confidi in lui. Siamo tutti possibili untori. Nulla di ciò che facciamo per proteggerci ha senso se non ci preoccupiamo di difendere gli altri. E non solo le persone a noi care per cui è naturale. **Il male-pandemia ha dimostrato che dobbiamo avere cura, tutelare, gli altri lontani da noi.**

Ne siamo nel contempo dipendenti e responsabili. Solo così si può costruire un argine alla pandemia. Mi spingo oltre. Sono convinto che si sia creato (o si debba creare), considerando la radicalità della condizione umana che ognuno di noi vive, un legame, non politico, non di convenienza, semplicemente umano. Ed è questo che ha consentito a molti di noi di reggere l'impatto fisico e psichico sul nostro lavoro che COVID-19 ha determinato.

Ma è anche vero che la *pandemic fatigue* colpisce tutti, operatori della salute e non. Ed allora quel legame "umano" diventa davvero unico strumento di resilienza. In queste pagine troverete qualificati contributi di prospettiva che trovano fondamento dall'analisi dei mali strutturali del sistema. Sono fondamentali. Ma...*"Se vuoi conoscere il passato, guarda il tuo presente. Se vuoi conoscere il futuro, guarda il tuo presente".*

Ed il nostro presente è il vaccino. Vaccinarsi è una scelta che, insieme all'innata tutela individuale, esprime tutto il valore solidale della relazione umana. ●

La Ginestra



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

L'anno della pandemia. L'anno che ha mutato le nostre vite, demolito molte certezze. Insicuri, perplessi, guardiamo anche al passato per cercare di capire. In "Racconti contagiosi"¹ Siegmund Ginzberg giornalista, poliglotta, curioso di mondi e di storie, rivisita le grandi epidemie narrate dai classici, testimoniate dai contemporanei. Dalla peste di Atene (era salmonellosi ?) di un superbo Tucidide, alla peste di Giustiniano con Procopio, alla peste nera del 1348 che devastò l'Europa e Firenze, cornice al Decameron di Boccaccio, fino alla Milano del Manzoni, alla Londra di Defoe, alla Venezia di Thomas Mann, alla immaginaria Orano di Camus. Comportamenti, reazioni, paura, rabbia, aggressività si ripetono nei secoli con

sorprendenti analogie. Lentezza, omertà iniziali delle autorità, che devono imporre poi misure non gradite di confinamento, incredulità, *fake news*, ostilità verso le regole e verso chi le deve applicare, teorie complottiste, caccia a nemici esterni e ai capri espiatori (untori, ebrei, stranieri, medici etc), allentamento dei legami sociali e familiari di fronte al flagello, ai tanti morti. Non molto di nuovo sotto il sole, ma ce ne eravamo dimenticati. Abbiamo ricevuto una lezione durissima. Ci rimane una ritrovata consapevolezza della nostra fragilità a fronte di illusioni di onnipotenza e di controllo lontane dall'umiltà, dalla prudenza del metodo scientifico.

Nella "Ginestra", suo ultimo Canto, Giacomo Leopardi ci lascia un messaggio attuale. Di fronte ad una natura indifferente alle nostre sorti e capace, come lo "sterminator Vesevo", di annientarci in un attimo, l'unica risposta nobile

e degna è quella di un'unione "confederata" degli uomini, guidata dai Lumi, lontana da interni contrasti.

Per l'anno nuovo, quindi, una speranza, un'esortazione verso una coesione della nostra comunità, medica e non solo, di fronte al nemico comune. ●

¹ Siegmund Ginzberg
Racconti contagiosi
Feltrinelli editore Milano
Novembre 2020.

È una sindemia

Gavino Maciocco

Medico di sanità pubblica

Promotore del sito web

www.saluteinternazionale.info

Nessuna pandemia nell'ultimo secolo (e ce ne sono state diverse) ha avuto gli effetti catastrofici della COVID-19: effetti letali sulla salute della popolazione, con conseguenze distruttive anche sull'economia, sull'istruzione, sulle comunicazioni, insomma su ogni aspetto della vita sociale.

La pandemia di Influenza "Spagnola" del 1918-19 fece certamente molte più vittime (si parla di un numero di 20, forse 50 milioni di morti), ma era un mondo completamente diverso, che usciva stremato da una guerra mondiale, con capacità assistenziali nemmeno lontanamente paragonabili a quelle odierne. Infatti, la terza ondata - quella più letale - avvenne nell'inverno del 1919, quando alle polmoniti influenzali si aggiunsero le polmoniti batteriche, contro cui non erano ancora disponibili gli antibiotici.

La domanda è quindi questa: perché un'epidemia infettiva nel terzo millennio, in società così avanzate come le nostre, ha avuto un effetto talmente devastante? Dal tipo di risposta che sapremo dare a questa domanda risiede la possibilità di attrezzarci per rispondere in maniera adeguata a futuri attacchi di questo genere.

Una risposta potrebbe essere questa: noi ci troviamo di fronte non a una "semplice" pandemia (ovvero a un'epidemia che coinvolge contemporaneamente più continenti), ma di fronte a una "sindemia".

Questo termine - la crasi delle parole sinergia, epidemia, pandemia ed endemia - è stato introdotto negli anni Novanta del secolo scorso da un antropologo medico, Merril Singer, per significare gli effetti negativi sulle persone e sull'intera società prodotta dall'interazione sinergica tra due o più malattie¹.

Oggi parliamo di "sindemia" perché ci troviamo di fronte all'interazione della pandemia infettiva, COVID-19, con un'altra pandemia altrettanto grave e distruttiva, anche se meno visibile e acuta, rappresentata dalla diffusione delle malattie croniche - dalle malattie cardiovascolari, ai tumori, passando per l'obesità e il diabete - che negli ultimi decenni (a partire dagli anni 80 del secolo scorso) ha registrato una formidabile accelerazione in tutte le parti del mondo.

Gli effetti distruttivi della "sindemia" - dell'interazione tra le due pandemie - li abbiamo cominciate a conoscere fin dall'inizio della COVID-19 quando le statistiche ci dicevano che la mortalità si concentrava nei gruppi di popolazione affetti da malattie croniche.

Le statistiche americane registravano significative differenze nella mortalità tra gli afroamericani e i bianchi, circa il doppio, perché i primi erano maggiormente colpiti da malattie croniche (e poi perché erano più esposti al contagio: facevano lavori

più rischiosi, vivevano in abitazioni più affollate, etc)². Si è scoperto allora che le due pandemie interagiscono entrambe su un substrato sociale di povertà e producono una terribile dilatazione delle disuguaglianze. Quando avremo anche noi la possibilità di studiare la distribuzione della mortalità da COVID-19 tra le varie classi sociali, scopriremo che anche in Italia - come in USA e anche in UK - le disuguaglianze nella salute si sono enormemente dilatate.

Gli effetti della "sindemia" sul sistema sanitario sono stati anch'essi subito ben visibili. Entrambe le epidemie, quella infettiva e quella della cronicità, richiedono una prima linea di difesa efficiente, in grado di mettere in atto interventi preventivi, di riconoscere tempestivamente i casi, di evitare gli aggravamenti e le complicazioni.

Tutto ciò richiede un'assistenza territoriale attrezzata, con relativi servizi di prevenzione e sistemi di cure primarie, che negli anni è venuta progressivamente a mancare. L'assenza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali.

Abbiamo visto gli effetti dell'interazione di due pandemie. Più complesso è individuarne le cause. Un dato però balza agli occhi: entrambe sono iniziate intorno agli anni 80 del secolo scorso. Entrambe riconoscono la loro radice nella mano dell'uomo.

Nell'ultimo mezzo secolo i comportamenti e i consumi alimentari hanno subito profondi cambiamenti. Alla loro base sta un insieme complesso di fattori socio-culturali, ambientali e economici, tra cui l'urbanizzazione, i mutamenti nella struttura della famiglia, la generale tendenza a dedicare meno tempo alla preparazione domestica dei pasti, il dilatarsi delle disuguaglianze socio-economiche all'interno della società e - infine - l'irrompere con la globalizzazione di giganteschi interessi industriali nel mercato del cibo e delle bevande. "Le compagnie multinazionali -

si legge in un articolo di Lancet³ - sono i maggiori responsabili dell'accelerazione della transizione nutrizionale: dalle diete tradizionali a quelle basate su *highly processed food* (cibi confezionati, precotti, conservati) *and drinks*". I *processed food* e le bevande zuccherate e gassate hanno invaso il mercato alimentare sospinti da una pubblicità martellante e dalla convenienza economica. Si tratta di prodotti con basso contenuto nutrizionale e ad alta densità di calorie, resi particolarmente appetibili dall'elevata presenza di zuccheri o di sale, e per questo definiti anche "*unhealthy commodities*"⁴. Alimenti particolarmente rischiosi per la salute, in grado di provocare un'ampia varietà di malattie croniche, dall'obesità al diabete, dalle malattie cardiovascolari al cancro: una vera e propria "epidemia industriale"⁵.

Anche nell'origine della COVID-19 c'è la mano dell'uomo. Il fenomeno del passaggio di un virus dall'animale all'uomo, con la conseguente possibilità del contagio da uomo a uomo - il "salto di specie" ("*Spillover*"), è un fenomeno che si è sempre verificato nella storia dell'umanità, ma negli ultimi decenni questo fenomeno si è presentato con una frequenza mai vista, dando vita a gravi epidemie e pandemie virali: HIV/AIDS e Ebola (dalle scimmie); influenza aviaria A/H5N1 (dagli uccelli selvatici); influenza A/H1N1 - la pandemia del 2009 - (contenente geni di virus aviari e suini); per arrivare ai coronavirus (comuni in molte specie animali come i cammelli e i pipistrelli) che hanno provocato nell'ordine: SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome), 2002-03; MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East respiratory syndrome), 2012; e l'attuale COVID-19.

La storia dei salti di specie è descritta magistralmente nel libro di David Quammen, pubblicato nel 2012, "*Spillover: le infezioni umane e la prossima pandemia umana*"⁶. Seicento pagine di dati, analisi, supposizioni, racconti di viaggio. Pagine profetiche, percorse da una riflessione fondamentale.

L'uomo sta facilitando il passaggio di questi microrganismi dagli animali che facevano loro da serbatoio grazie a pratiche insensate. Il punto fondamentale riguarda il comportamento umano: la nostra ingordigia e il modo in cui abbiamo modificato e deturpato gli ecosistemi.

“Noi siamo tutti parte della natura e dell'ecosistema, il nuovo virus arriva da animali selvatici che fanno parte di un sistema diverso dal nostro e che hanno una pletera di virus che però sono singoli e specifici per ogni specie.

Quando noi mescoliamo ambienti diversi, specie diverse, deforestiamo, sconvolgendo gli ecosistemi, noi umani diventiamo degli ospiti alternativi per questi virus che non sarebbero venuti a contatto con noi diversamente.

L'effetto moltiplicativo che l'incontro con l'essere umano genera, su 7 miliardi di possibili e potenziali ospiti interconnessi fra loro con viaggi e contatti, è enorme". ●

Bibliografia

1. Singer M. et Al, Syndemics and the social conception of health, Lancet 2017; 389:941-950.
2. Ravazzini M, COVID-19 in USA. Le diseguaglianze su base etnica, Salute Internazionale, 16 Aprile 2020, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/covid-19-e-usa-diseguaglianze-su-base-etnica/>
3. Moodie R. et Al, Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries, Lancet 2013; 381: 670-79.
4. Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S, Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco, PLOS Medicine, June 2012, Volume 9, Issue 6, e1001235.
5. Babor TF, Jahiel RI, Industrial epidemics, public health advocacy and alcohol industry: lesson from other fields. Addiction 2007; 102:1335-39.
6. Quammen D, Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic, 2012 (Traduzione italiana: Spillover. l'evoluzione delle pandemie, Adelphi, 2014).

Fatti e narrazioni sul COVID: è possibile una resilienza collettiva?

Francesco Longo
CERGAS/SDA Bocconi

Novembre 2020

Esiste davvero un *trade off* tra salute ed economia, ovvero se si rafforzano le misure di distanziamento sociale l'economia andrà per forza peggio?

Ascoltando delle decisioni di *policy* che non si condividono è importante rendere pubblico il proprio dissenso oppure, in questo momento è più importante partecipare al senso di una sfida collettiva e sostenere le ragioni dell'unità, della solidarietà reciproca nella comunità, del disagio da sostenere condividendolo?

Esistono gli eroi del COVID e chi sono?

La narrazione eroica aiuta la costruzione di una resilienza comune o aumenta le distanze tra i segmenti sociali e rende più difficile la condivisione dell'onere della sfida? Per rispondere a queste difficili domande proviamo a mappare il percorso del COVID 19 da quando è iniziato in Italia (febbraio 2020) fino al momento del suo presumibile controllo (estate/autunno 2021), attraverso 5 considerazioni fattuali.

a. Il tasso di contagio dipende da politiche che esulano da quelle sanitarie, mentre gli esiti della malattia e il numero dei morti dipende

in parte significativa dalla robustezza e dall'efficacia clinica dei diversi sistemi sanitari. In altri termini, la diffusione dell'epidemia dipende dalle misure di distanziamento sociale e protezione individuale adottate, senza grande influenza possibile da parte del SSN, che interviene prevalentemente in un momento successivo. A questo proposito è emerso, nei confronti internazionali, che paesi con sistemi sanitari più robusti (più spesa pubblica per la sanità, più posti letto ospedalieri, più terapie intensive per abitante) hanno scelto misure di distanziamento sociale più blande e tardive e viceversa. L'Italia, essendo uno dei paesi in Eu che spende meno per la sanità pubblica, con pochi posti letto, ha scelto, soprattutto nella primavera 2020 *lockdown* immediati e lunghi, non potendosi permettere di curare troppi malati. Da questo punto di vista, paradossalmente, la debolezza dei sistemi sanitari, ha stimolato politiche più attente alla salute pubblica, alla prevenzione e al contenimento del virus.

b. La diffusione del COVID-19 è iniziata in Italia a fine febbraio 2020 e potrebbe finire 3-6 mesi dopo la reale disponibilità di uno o più vaccini. La disponibilità di vaccini efficaci e ufficialmente approvati dovrebbe avvenire tra gennaio e marzo 2021. La produzione

mondiale sarà insufficiente rispetto alla domanda e quindi i paesi più ricchi saranno avvantaggiati nell'approvvigionamento, perché hanno filiere produttive dedicate, prezzi più alti e una consolidata relazione con i produttori. In ogni caso, non ci sarà l'immediata disponibilità di vaccini per 30-40 milioni di italiani, ma questi verranno resi disponibili nell'arco di mesi, in coincidenza con la capacità di somministrarli. Infatti, per vaccinare così tante persone non disponiamo di una istantanea capacità produttiva, ma dovremo procedere per coorti prioritarie (dipendenti SSN, anziani, cronici, ecc.), impiegandoci tra i 3 e 6 mesi di lavoro, in base alla nostra efficacia organizzativa e da quanto tempo prima inizieremo a preparare questo complesso processo erogativo. La domanda cruciale è quante ondate e picchi di diffusione del contagio ci saranno fino alla fine del COVID.

Ne abbiamo già conosciute due, ma fino a giugno-settembre 2021 potremmo assisterne ad altre o al perdurare di una costante incidenza diffusa e significativa.

I picchi e il loro contenimento dipenderanno prevalentemente dalla immediatezza, profondità e lunghezza delle misure di distanziamento sociale che il *policymaker* adotterà. Ogni volta che si aumentano le misure di distanziamento all'immediata crescita della curva, per un periodo di tempo congruo e con una severità adeguata, la diffusione rallenta immediatamente, soprattutto se è allo stadio iniziale.

Ogni qualvolta si affronta la curva del contagio ad uno stadio più avanzato, più lunga è la discesa da scalare e quindi si richiede maggiore lunghezza, profondità e severità delle misure di distanziamento sociale. Prima si interviene, meno duramente bisogna regolare e restringere, più tardi si interviene più è lungo e duro il *lockdown*. Quante volte faremo salire e scendere la curva fino a quando saremo vaccinati dipenderà dal nostro dibattito e dalle nostre scelte collettive. È prevedibile, che all'avvicinarsi del processo di vaccinazione collettiva, vi sarà un generale clima di rilassamento, sia nei comportamenti collettivi, sia da parte del *policymaker* nazionale e regionale, potendo registrare, paradossalmente sul finale, nuovi picchi.

c. I medici, gli operatori della sanità, il SSN avranno vissuto alla fine della stagione del COVID due o più ondate, in cui ogni volta si ripete lo stesso ciclo. Un momento di routine in cui prevalgono le patologie usuali: i consumi attuali in Lombardia riguardano il 70% pazienti cronici e il resto pazienti acuti. Alla routine segue una fase di rapida fase di crescita della curva del contagio COVID e in cui progressivamente si sposta buona parte della capacità produttiva del SSN sulla pandemia, inevitabilmente, trascurando progressivamente i pazienti non COVID, soprattutto se non urgenti. Siamo arrivati a dedicare anche l'80% della capacità produttiva del SSN di intere province a soli pazienti COVID. In questa fase di picco succedono tre cambiamenti davvero significativi. Molti professionisti rinunciano alle proprie vocazioni specialistiche elettive e si dedicano a tempo pieno a pazienti COVID, a prescindere da simbolici professionali o ruoli organizzativi. Le organizzazioni pubbliche iniziano a diventare "*mission driven*" e flessibili, orientate al risultato finale e sempre meno attente alle procedure burocratiche, ma concentrate sugli *outcome* di salute. Nelle fasi più acute del picco, dolorosamente riscopriamo *trade off* tragici rispetto alle scelte di priorità dei pazienti da trattare, reinterrogandoci sul senso ultimo della vocazione del SSN. Durante le fasi di picco si confondono momenti di grande stanchezza con momenti di grande adrenalina, in cui si riscopre la propria "*public service motivation*" ovvero le ragioni per cui si ha deciso tanti anni fa di dedicarsi alla sanità e al benessere della comunità. Ovviamente le persone non sono tutte uguali, neanche tra i professionisti del SSN e il livello differenziale di "*public service motivation*" emerge con nitidezza nella sua distribuzione eterogenea, tra diverse figure professionali, tra diversi setting assistenziali e diverse specialità. Ognuno può trovare e rivendicare ottimi motivi per fare di più del suo dovere professionale, contribuendo in modo rilevante alla missione del SSN o, all'opposto, spiegare le cause del mal-funzionamento del sistema, che giustifica l'arretramento dall'impegno personale. Dopo le fasi di picco e di dedizione al COVID, inizia una stagione di progressiva decrescita della

curva e progressivo smantellamento della capacità produttiva dedicata al COVID e il suo ri-orientamento all'attività classica. A quel punto emergono le liste di attesa dei pazienti differiti, che rappresentano un ulteriore stress professionale. Quindi nel momento apparente di pace, di ritorno alla "normalità", in realtà viene richiesto un nuovo sforzo straordinario per recuperare tutti i pazienti non COVID precedentemente differiti. Quanti cicli di questo tipo possono supportare i professionisti di un SSN senza finire in *burn out* psichico, fisico o motivazionale?

d. Il COVID rappresenta per le attuali generazioni occidentali la prima volta in cui la "Storia" è entrata nelle nostre vite e ne ha influenzato in modo significativo la dinamica. Fino a prima del COVID, la sensazione cognitiva diffusa era che la "Storia" e la "Politica" fossero delle dimensioni esogene alle nostre vite, che si potevano studiare e osservare anche in modo appassionato, ma che non avrebbero influenzato il percorso dei nostri giorni.

Con il COVID le persone si sono sentite per la prima volta non più in controllo della propria vita, ma eterodiretti da fattori esogeni, fin nelle dimensioni più intime, come il diritto alla libera circolazione. Abbiamo scoperto l'incertezza e in molto abbiamo difficoltà a reggerla, essendo per i più una dimensione sconosciuta. Davanti alla disabitudine a reggere l'"incertezza" molti si sono rifugiati in due atteggiamenti tra di loro polarizzati: negare il pericolo o invocare misure o comportamenti che azzerassero in modo assoluto ogni rischio possibile. Queste due posture, apparentemente contrapposte (negazionismo e securismo), hanno in comune l'incapacità a reggere un periodo di incertezza. Eppure, a ben guardare, stiamo vivendo un periodo "terribile" e incerto, ma che ha dei confini temporali prevedibili con buona approssimazione (chiusura entro la fine del 2021) e in cui sappiamo già chi sarà il vincitore (il vaccino). Se ci paragoniamo con altre generazioni, molto più infelici della nostra, esse erano in mezzo a scenari in cui era incerta la durata (quanti anni sarebbe durato il fascismo o la II guerra mondiale quando uno si trovava in mezzo?) e non si

sapeva chi avrebbe vinto. Siamo in mezzo a un periodo di 16-20 mesi di incertezza, per la maggior parte di noi a frigorifero pieno e TV e PC acceso (senza negare alcuni drammi economici in corso).

e. Il COVID è una pandemia che per la sua natura può essere contenuta e sconfitta solo con azioni collettive, sia in fase di prevenzione del contagio, sia durante le cure, con il dispiegare di ingenti mezzi di un intero servizio sanitario, sia nella ricerca di un vaccino e la sua futura distribuzione universale. Molti esperti hanno usato questa finestra per proporre o imporre un proprio punto di vista nel dibattito, talvolta con una forza divisiva, altre con il desiderio di contribuire ad una crescita collettiva delle consapevolezze e delle scelte condivise. Allo stesso modo la nostra struttura di *governance* politica è sollecitata oltre misura. La prima ondata del COVID è stata regionale e ha ottenuto risposte centrali e omogenee nel paese. La nostra incerta e fluida *governance* nel rapporto tra Stato e regioni, in più con colori politici prevalenti diversi nei due livelli, ha determinato, all'opposto, che la seconda ondata, epidemiologicamente di natura nazionale, abbia ottenuto risposte regionalmente differenziate. Anche in questa dialettica, tra centro e periferia, qualcuno ha giocato per esaltare la sua *voice* individuale e altri per ricomporre un tessuto istituzionale unitario, che può essere anche frutto di una concertazione tra regioni e Stato centrale.

Alla luce di queste evidenze nella storia del COVID, cerchiamo di rispondere alle tre domande iniziali.

Esiste davvero un *trade off* tra salute ed economia? Bismark inventò alla fine dell'800 il primo sistema di assicurazioni sociali obbligatorie per la salute, convinto che, solo se i lavoratori fossero stati sani, sarebbero stati produttivi. La

nascita dei sistemi di welfare occidentali poggia sull'intuizione che la protezione dell'individuo e della comunità, oltre a essere un fine in sé, è anche propedeutica per lo sviluppo economico e socioeconomico. Anche nel COVID, se si interviene per tempo con misure di distanziamento robuste, contenendo il contagio sin nei suoi stadi iniziali della curva di diffusione, si riduce il tempo necessario di frenata dell'economia e i costi indotti di recovery, ingenti e necessari se invece sfugge di mano la situazione che poi impone, nei fatti, chiusure ancora più lunghe e radicali.

È necessario dissentire pubblicamente se si è uno stakeholder competente e rilevante dalle scelte di policy?

È sempre importante contribuire al dibattito collettivo e le diversità di opinioni sono "un dono di Dio", secondo molte religioni. Ci si può accostare con due posture relazionali alternative al dibattito comune: alla ricerca della propria visibilità, specificità e genialità, oppure con l'intento di aggiungere un mattone alla casa comune, riconoscendo i meriti del sistema, le difficoltà dell'agire in emergenza e sotto stress e le migliorie, che in questo clima, possono essere aggiunte, magari segnalando che sono apprese e sperimentate da altri.


Chi sono gli eroi del COVID? La narrazione che facciamo e faremo del COVID sarà un pezzo fondamentale dell'identità collettiva che stiamo costruendo per oggi e per il futuro. Triste è un popolo che ha bisogno di eroi per funzionare e che non può godere del benessere diffuso garantito dalle istituzioni e dalle regole comuni, raggiunto con il contributo di tutti. Il vero eroe è la comunità che si sa organizzare, che sa gestire l'analisi e il dibattito collettivo, che sa decidere nell'interesse comune, che riesce a soppesare costi e benefici delle scelte, che permette a tutti di dare il proprio contributo, sentendosi parte di una interessante e nutriente

storia più ampia. Italia Repubblica fondata sul lavoro e non su eroi, recita la nostra Costituzione.

Se ci pensiamo bene, in lunghi tratti del percorso COVID, la maggior parte degli italiani e degli europei hanno fatto esattamente ciò che ci si attendeva da loro (il loro lavoro, il loro dovere, il distanziamento necessario), iniziando a ricostruire un percorso di accumulazione e crescita del capitale sociale, che è forse il vero antidoto ad ogni pandemia e l'unico vero driver per lo sviluppo socio-economico. ●

L'ospedale che verrà

Testo a cura di **Lisa Cesco**
giornalista

 Forum mercoledì 28 ottobre 2020

Hanno partecipato

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica
Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia
Benvenuto Antonini, Direttore Anestesia e Rianimazione, ospedale di Manerbio - ASST Garda
Angelo Bianchetti, Direttore Dipartimento Medicina e Riabilitazione, Istituto Clinico S. Anna di Brescia
Anna Bussi, Dirigente medico Medicina Generale, ospedale di Manerbio - ASST Garda
Luciano Corda, Dirigente Medico Medicina Generale 2, ASST Spedali Civili di Brescia
Claudio Gentilini, Direttore Cardiologia, ospedale Mellino Mellini di Chiari - ASST Franciacorta
Dario Magnini, Direttore Pediatria ospedale di Esine - ASST Valcamonica
Francesco Scolari, Professore associato di Nefrologia, Università degli Studi di Brescia
 Direttore Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi, Trapianto, ASST Spedali Civili di Brescia

Dopo la tregua estiva, l'onda autunnale dei contagi, in crescita ormai esponenziale, ha già lambito le prime linee: quegli ospedali che nella scorsa primavera erano stati l'epicentro dell'emergenza, riorganizzandosi per contenere l'urto, a costo di importanti sacrifici per gli operatori, non a caso definiti "eroi". Lo scenario che si prospetta in questo ultimo scorcio di ottobre sembra un déjà-vu, con la corsa ad aumentare i letti COVID, la conta dei posti nelle Terapie Intensive, e la sensazione di essere improvvisamente tornati indietro. All'adrenalina dei mesi scorsi, però, si è sostituito un silenzioso sconforto nel morale delle "truppe" chiamate a fronteggiare la nuova ondata. Ne abbiamo parlato con medici che stanno vivendo l'emergenza COVID nei diversi ospedali di città e provincia.



Balestrieri: «La situazione negli ultimi giorni sta diventando drammatica, e anche se non siamo ancora nelle condizioni di marzo-aprile il contagio si sta espandendo a macchia d'olio, e vede Milano in particolare sofferenza. Quali sono i problemi più gravi da affrontare secondo voi, come sono coinvolte le strutture pubbliche e private accreditate? La sensazione è che i medici siano provati, e manchino "truppe fresche" da gettare nella mischia».

Bianchetti: «La situazione milanese è di grande difficoltà e sta ricadendo su di noi, che ci stiamo organizzando per accogliere un numero crescente di pazienti (iniziano a mandarci con il casco CPAP). Come gestiremo i pazienti bresciani, visto che i numeri sono in aumento? La sensazione è che siamo in ritardo. Nella suddivisione tra

ospedali *Hub*, *Spoke* e strutture territoriali ci ritroviamo a non sapere come attivare l'Adi o cosa fanno le Usca. Per i medici è frustrante, ci si deve un po' arrangiare. Sono molto preoccupato perché non credo che questa fase sia meno caotica e pesante della precedente».

Bussi: «L'impressione è che sia un fenomeno ingovernabile, siamo ripiombati nella stessa situazione di sei mesi fa, vedo anch'io demotivazione e malcontento nei medici: la percezione è di essere mandati al fronte da altri che non si sa come vogliono condurre la battaglia».

Antonini: «Abbiamo già pazienti COVID in area medica e stiamo aprendo la Terapia intensiva. Sullo sfondo la strategia della Regione è quella di ampliare il più possibile i 18 ospedali *Hub* e le Fiere di Milano e di Bergamo, che avrebbero dovuto partire nel raggiungere i 150 pazienti in Terapia intensiva. Oggi siamo a 280, alla Fiera di Milano ci sono 12 pazienti e quella di Bergamo non ha ancora aperto, mentre dal Coordinamento delle Terapie intensive arriva un grido d'aiuto, con la richiesta agli *Spoke* di aprire il più possibile e mettere a disposizione medici e infermieri a supporto degli *Hub*.

Anch'io colgo difficoltà nel dare le stesse disponibilità di prima: ora la situazione organizzativa è anche più complicata, bisogna mettere insieme le collaborazioni di diversi ospedali su progetti di cui non si ha molta fiducia. Riguardo al personale, non stiamo meglio di prima: aprire nuovi posti di Rianimazione significa ridurre al minimo altre attività, l'organico sarà appena sufficiente dopo aver ridotto gli interventi all'emergenza e a quelli non procrastinabili, senza contare che dovremo assicurare 3 medici e 9 infermieri al progetto Fiera».

Gentilini: «Stiamo inseguendo qualcosa che dovevamo avere la capacità di gestire, e stiamo subendo scelte nazionali e regionali che ci penalizzano: se non si dispongono chiusure mirate (come a Milano e Napoli) andremo verso l'esplosione dei casi, che ricadranno a cascata sulla tenuta degli

ospedali. Credo che il sistema *Hub & Spoke* non sia razionale, meglio sarebbe ragionare sul contesto territoriale, così come non sono d'accordo nel destrutturare in maniera complessiva l'ospedale per far fronte al COVID, scelta che conduce a non poter curare patologie che "non vanno in ferie". Abbiamo visto cosa è successo con la prima ondata, dove si è registrato il 30% di mortalità in più per problemi cardiologici, solo per fare un esempio.

E la prospettiva non è breve: al contrario di quanto accaduto in primavera, non vedo una situazione che si risolva in 2 mesi. Come minimo dovremo convivere con la pandemia fino a giugno, se non per tutto l'anno prossimo».

Scolari: «Forse, la creazione di ospedali COVID-dedicati poteva permettere di mantenere una attività ambulatoriale pulita negli *Hub* per patologie più impegnative, non rinviabili e non affrontabili con la telemedicina. La creazione di ospedali COVID-dedicati non poteva però certo escludere di creare un'area COVID negli *Hub*, necessaria per curare le patologie più complesse in pazienti COVID-positivi. Tuttavia, queste proposte si infrangono contro la scarsità di personale sanitario».

Corda: «La situazione del Civile non è paragonabile a quella di marzo, al momento è ancora gestibile, e la spia è il pronto soccorso, dove i numeri dei "sospetti" sono molto più contenuti.

Ma a prevalere non è l'aspetto gestionale, quanto lo sconforto per l'approssimazione nell'affrontare il problema. Nella scala 4 che ospiterà il reparto COVID i lavori non sono ancora cominciati, e l'ipotesi di dover assicurare 70 infermieri e 25-30 medici in Fiera a Bergamo ci lascia esterrefatti. Manca il concetto di catena di comando e si assiste a una fuga di responsabilità a qualsiasi livello. Gli operatori sono disorientati e stanchi, ci si sente come quei soldati mandati allo sbaraglio in Russia dal regime fascista, con stivali di cartone. Abbiamo il vantaggio degli specializzandi, ma il personale non è stato integrato come promesso, se non in minima parte».

Magnini: «Il mio ruolo, a differenza dei colleghi, è stato più fortunato, perché i bambini sono stati risparmiati dalla gravità della malattia e abbiamo avuto il tempo di prepararci. Quando il primo paziente COVID è stato ricoverato, il 13 marzo, avevamo già predisposto i percorsi e ci eravamo riuniti nella Rete pediatrica per condividere approcci e strategie. Il nostro reparto di Esine doveva essere COVID-free, con centralizzazione dei malati al Civile: in realtà abbiamo trasferito solo un bambino a Bergamo per miocardite e uno al Civile. Al momento non abbiamo nessun bambino ricoverato, e stiamo lavorando per organizzare l'attività secondo le nostre possibilità.

Siamo convinti che il centro *Hub* del Civile debba continuare ad essere tale, soprattutto per le attività ordinarie. Noi possiamo tenere i casi positivi che siamo in grado di gestire, per non gravare sul Civile: è fondamentale che quest'ultimo possa proseguire con le prestazioni chirurgiche e di supporto, che sono un riferimento per la nostra attività. In ambito pediatrico c'è preoccupazione per tutto ciò che è rimasto sospeso, i pazienti sono stati poco valutati durante la prima fase della pandemia, e abbiamo rilevato un innalzamento delle patologie del comportamento. Credo inoltre che sarebbe grave interrompere l'attività scolastica, perché questo avrebbe un riverbero sull'aumento delle disuguaglianze, creando una disparità tra chi può permettersi il proseguimento dell'istruzione e chi deve rinunciarvi».

Di Stefano: «In questa nuova ondata di emergenza pensate sia possibile mettere in campo un Piano straordinario di intervento? Ha un senso proporlo, soprattutto in relazione al nodo delle assunzioni e degli specializzandi? È praticabile pensare a una cabina di regia che possa ascoltare l'esperienza dei medici, per porre rimedio alle criticità che sono sotto i nostri occhi?».

Scolari: «Nell'emergenza la regia è mancata certo, e così la catena di comando. Ma questo è dovuto al modello organizzativo. In nessun posto al mondo esistono aziende con un uomo solo al comando. Tutte

hanno un consiglio di amministrazione ed un amministratore delegato. Non è pensabile che le comunità locali con le loro rappresentanze elettive siano escluse dalla gestione della sanità. Credo sia un grande impoverimento, soprattutto in termini di conoscenza della realtà in cui si opera. Inoltre, questo modello si traduce in un nuovo centralismo (che significa rigidità). In sostanza le direzioni degli ospedali rischiano di diventare delle prefetture, espressione del governo centrale.

Un altro aspetto critico dell'organizzazione aziendale attuale è che non è stata costruita tenendo conto delle specificità della sanità. Faccio un esempio: la carenza dei dispositivi di sicurezza nella fase iniziale della pandemia. Se per raggiungere il pareggio di bilancio a fine anno si chiede di non avere scorte di magazzino, è chiaro che poi mancheranno i dispositivi.

Più complesso il problema del rapporto fra sanità pubblica e privata. Io direi pari diritti e pari doveri. Mi pare che mentre la sanità privata *no-profit* abbia svolto un ruolo importante da subito a fianco di quella pubblica, il coinvolgimento di quella privata *profit* abbia tardato a mettersi in moto. Il problema del personale è cronico, noto da anni. Medici sempre più anziani, assenza di pianificazione per quanto riguarda la loro sostituzione; carenza crescente di infermieri; tendenza ad aumentare i carichi di lavoro "iso-risorse", un mantra quest'ultimo che ha caratterizzato gli ultimi 10-15 anni di gestione della sanità.

In questa situazione di inadeguatezza di risorse mediche ed infermieristiche, aggravata dalle richieste aggiuntive dovute alla riforma della sanità regionale che ha posto al centro della sanità (giustamente) il problema della cronicità, è stato davvero difficile fronteggiare la pandemia. Qui si inserisce anche il problema del territorio, dove si dovrebbe fronteggiare primariamente una pandemia. Le ASL sono state cancellate; a Brescia noi avevamo un'esperienza virtuosa del ruolo dell'ASL e della sua presenza nel territorio; certo andava potenziata, ma è giusto ricordare che saremmo partiti da una situazione ben diversa. Infine, i medici di medicina generale. Credo siano

insostituibili. Certo il loro lavoro deve essere sempre più coordinato e di gruppo, affiancato da strumenti diagnostici nuovi. Credo che sarebbe meglio fossero dipendenti del SSN. Sotto questo aspetto, penso dovrebbero superare il timore di diventare ostaggio della politica ed aprire un confronto ampio sul loro ruolo».

Bussi: «Sarebbe bello avere un Piano, ma per concretizzarlo bisognerebbe avere più strumenti e risorse. Un incremento delle assunzioni non lo vedo facilmente realizzabile, soprattutto negli ospedali periferici dove è complesso reclutare risorse umane, mediche e infermieristiche».

Antonini: «Forze nuove da arruolare non ne vedo. Una piccola riserva potrebbero essere gli specializzandi del terzo anno (quelli del quarto e quinto stanno già lavorando e sono avviate apposite procedure di concorso).

Un Piano straordinario potrebbe rendere tutti più consapevoli della gravità della situazione: di fronte alla catastrofe che ci sta venendo addosso, noto ancora una diffusa volontà di portare avanti un'attività normale. Al Policlinico e al San Raffaele di Milano i posti dedicati in Rianimazione sono ancora contenuti - quasi non si fosse colta la serietà dell'emergenza - per proseguire l'attività ordinaria.

Con il numero attuale di pazienti non ha più senso parlare di organizzazione *Hub & Spoke*: Poteva averlo questa estate, per recuperare una possibile normalità, ma non ora. E anche l'ipotesi Fiera doveva essere l'ultima spiaggia, dopo averla sperimentata per tempo: in Fiera ci possono essere elementi di efficienza, ma bisogna essere organizzati e lungimiranti».

Gentilini: «Nei mesi scorsi non è stato programmato assolutamente nulla per farsi trovare pronti all'ondata dell'autunno. Si parla dei posti di Terapia intensiva in Fiera, ma non si dice dove reperire il personale, che deve essere altamente professionale. Anche il nostro ospedale, peraltro, dovrà assicurare 3 medici e 9 infermieri alla Fiera, ma siamo già sotto organico. Ed è utopistico pensare che ora, in corsa, si possa sistemare tutto».

Corda: «Del Piano non si vede nemmeno l'ombra. E sono emerse drammaticamente tutte le criticità di cui eravamo consapevoli prima dell'era COVID, che ha acuito le carenze dell'area ospedaliera. Forse una via praticabile sarebbe quella di una proposta condivisa tra Ordini professionali e sindacati, per ottenere maggiore ascolto in un momento così difficile. Riguardo al personale, essendo *Hub*, se ci fossero le risorse il Civile sarebbe in grado di reperire figure mediche. Purtroppo su molti aspetti si è perso tempo, penso alla richiesta di corsi interni finalizzati a creare équipe miste per le sezioni COVID, progetto per molti aspetti ancora in divenire. In questo senso mi preme una considerazione: il Servizio sanitario nazionale ha retto grazie alla presenza di Terapie intensive e reparti Infettivi. Dobbiamo renderci conto che tutto deve girare intorno al Servizio sanitario pubblico, che può assicurare questi servizi».

Balestrieri: «Questo primo scorcio dell'ondata autunnale dà l'impressione che il territorio sia più organizzato, con l'incremento delle Usca, l'organizzazione più agevole dei tamponi e l'attivazione nel polo di via Morelli dell'ambulatorio di stratificazione del rischio nei pazienti COVID. La situazione locale, per tutto ciò che non riguarda le Terapie intensive, è più controllabile? Come valutate l'organizzazione del territorio?».

Bianchetti: «Sul territorio c'è una maggiore capacità diagnostica (molti pazienti positivi che vengono ricoverati hanno già fatto il tampone in precedenza), ma non vedo la capacità di gestire questi pazienti, in termini di disponibilità di strutture e adeguati percorsi di isolamento. Non dimentichiamo che l'ambiente familiare è una delle prime fonti di infezione.

Rilevo poi la situazione di colleghi che, non avendo maturato una specialità, vivono in una terra di mezzo: lavorano in Pronto soccorso e fanno le guardie, sono colleghi preparati ma, non avendo il "pezzo di carta", non possono essere d'aiuto con un adeguato inquadramento. Queste figure si potrebbero regolarizzare, perché sarebbero risorse utili per i servizi internistici in una situazione di emergenza».

Corda: «Il territorio non ha saputo organizzarsi. Non mi sembra che molti medici di medicina generale siano disposti a visitare i pazienti a rischio COVID, pur con tutti i problemi che devono affrontare, a partire dalla disponibilità di dispositivi di protezione individuale. Sono stati assunti degli infermieri per il territorio ma gli effetti non si apprezzano ancora. C'è poi un problema di ordine sociale: molti pazienti COVID sono rimasti a lungo in ospedale perché non potevano essere isolati a casa».

Di Stefano: «Sul territorio c'è carenza di comunicazione. A Brescia è partito l'ambulatorio di diagnosi e stratificazione del rischio COVID in via Morelli (che come Ordine avevamo sollecitato già dal 4 maggio scorso), le Usca sono sfruttate meno di quanto dovrebbero. La situazione negli ambulatori è a macchia di leopardo, alcuni medici si sono attrezzati con la telemedicina e il lavoro di gruppo, altri hanno proseguito in solitudine».

Balestrieri: «Il periodo più "caldo" dell'epidemia, con il grande stress sopportato dagli ospedali, ha visto, in genere, un senso rafforzato di identità professionale e un rapporto più stretto e collaborativo tra colleghi di specialità diverse. Oggi forse la situazione è differente, in questi giorni l'Anaa con un duro comunicato chiede nei reparti COVID solo personale con specializzazione idonea. Il clima che abbiamo visto nella prima emergenza, con persone di specialità diverse che hanno riscoperto modalità di comunicazione e solidarietà per lavorare insieme, è stato il frutto di una stagione irripetibile o è destinato a durare? Come può essere favorito?».

Corda: «La cosa più bella e commovente è stato il rapporto con gli infermieri, e questa intensa collaborazione è stata recuperata, così come quella con molti colleghi. Un rapporto speciale si è creato non solo all'interno delle mura dell'ospedale, ma anche con la popolazione: ricordo le borse cariche di colombe, vestiti e generi di prima necessità che le persone facevano recapitare direttamente ai singoli reparti, per testimoniare la loro vicinanza. Tutto ciò che è gemmato in questa occasione non va perduto».

Scolari: «Non so se questo clima è destinato

a durare, me lo auguro. Certo noi abbiamo riscoperto la dimensione etica della nostra professione, la cultura della solidarietà e in generale l'empatia. Tuttavia, è necessario per rendere stabile quanto acquisito che la politica si muova per ridare dignità alla professione sanitaria, costruendo modelli organizzativi in cui la competenza e la qualità professionale trovino una adeguata collocazione».

Bianchetti: «Io sono preoccupato per il futuro, perché rimangono problemi irrisolti come quello delle coperture assicurative. Se un medico lavora in un reparto COVID è frequente che venga cambiato il tetto assicurativo. Come facciamo a convincere nuovamente gli otorino e altri specialisti a venire a lavorare da noi? C'è un problema di responsabilità professionale che non possiamo trascurare, e accanto all'entusiasmo si avverte anche molta prudenza. Le denunce non ci hanno ancora colpito, ma non mancheranno».

Di Stefano: «Di fondo c'è un problema organizzativo, la collaborazione intensa tra diversi specialisti non di branca è stata determinante, e l'esperienza delle équipe multidisciplinari va valorizzata, altrimenti rischiamo di perdere un patrimonio prezioso. Sembra però che a livello decisionale l'importanza di questo portato non sia stata colta».

Corda: «Un altro problema è rappresentato dalla gestione dei dati: è su questi elementi di certezza che dobbiamo avviare ragionamenti e programmazione. Ma è necessario avere un'interpretazione adeguata dei dati, potendo scorporarne i vari elementi: gli asintomatici, la saturazione delle terapie intensive e delle terapie ordinarie. Sarebbe un modo per raggiungere conclusioni più certe per chi ci governa».

Balestrieri: «Un'altra necessità avvertita è quella di avere delle linee guida terapeutiche, che orientino il trattamento dei pazienti COVID ospedalizzati, fino alla Terapia intensiva. Molti farmaci inizialmente in uso, come l'idrossiclorochina, Lopinavir e Ritonavir, sono caduti come birilli. Qual è l'orizzonte

attuale? Si profila l'avvio di nuovi trial clinici, ad esempio per l'utilizzo degli anticorpi monoclonali?».

Antonini: «Durante la prima ondata avevamo realizzato trial su Tocilizumab, mentre in questa seconda fase non ho notizia di nuovi trial organizzati dal coordinamento, almeno per quello che ci riguarda».

Corda: «L'utilizzo di Remdesivir è stato molto ridimensionato. Oggi la parte più sostanziale della terapia è rappresentata dall'eparina somministrata in modo abbastanza tempestivo (questa, peraltro, è una scoperta fatta proprio sulla casistica italiana) e dalla terapia steroidea. Anche in Terapia intensiva la mortalità è più bassa, perché c'è maggiore conoscenza della malattia e la scelta di intubare è più precoce rispetto a prima. Abbiamo affinato dosaggio e tempistica, anche se una terapia eziologica antivirus non l'abbiamo ancora».

Di Stefano: «I test rapidi antigenici possono rappresentare un passo avanti in mano ai pediatri?».

Magnini: «L'efficienza dell'organizzazione dei tamponi per la popolazione scolastica, con l'accesso diretto per effettuare il test, ha reso meno avvertito il problema.

E negli ambulatori non si è registrato un accesso eccessivo di bambini con necessità di diagnosi. I test rapidi potrebbero consentire priorità nell'apertura delle scuole, tenendo conto però che né le scuole né i trasporti scolastici risultano focolai significativi di diffusione del contagio».

Bianchetti: «Non sarei troppo ottimista nel dire che i pazienti di oggi sono più "leggeri". Lo sono perché arrivano prima e sappiamo dove metterli.

Tra un po', se gli ospedali si saturano, rischiamo di avere gli stessi morti». In un panorama che vede i numeri dei contagi in continua evoluzione, il punto di vista dei medici che vivono quotidianamente la linea di frontiera dell'ospedale potrà rappresentare un prezioso contributo per orientare le scelte organizzative e sanitarie nella gestione della seconda ondata. ●

La medicina del territorio



Forum martedì 13 ottobre 2020

Hanno partecipato

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Fulvio Lonati, Presidente Associazione APRIRE - Assistenza PRIMARIA In REte - Salute a Km 0

Ovidio Brignoli, Giovanni Gozio, Franchino Martire, Angelo Rossi, Medici di medicina generale

Guido Vertua, Pediatra di famiglia

La pandemia da COVID-19 ha stravolto molte certezze in medicina, e ha contribuito a mettere in discussione sul territorio diverse modalità organizzative che sembravano consolidate. Molte le difficoltà incontrate dai medici nei mesi più critici dell'emergenza, altrettanti gli interrogativi che si profilano davanti al rischio di una seconda ondata di contagi. Abbiamo chiesto a medici e pediatri in prima linea sul territorio di condividere criticità e prospettive.

Balestrieri: «Siamo di fronte a una nuova

fase, incalzata da problemi - come la ripresa dei contagi, le diagnosi e i tracciamenti, la gestione di positivi e contatti, le scuole, la vaccinazione antinfluenzale - in cui la medicina del territorio è chiamata a risposte urgenti. Quali le esigenze più avvertite, le difficoltà e le proposte?».

Lonati: «È stato molto faticoso portare avanti le cose negli ultimi mesi, e l'elemento più preoccupante è stata l'assenza di una capacità di coordinamento adeguata. Questa epidemia continua ad evolvere ed è necessario individuare le risposte, affinché nessuno le debba trovare da solo. Finora la sensazione è che fra le tante comunicazioni, formalmente ineccepibili, la responsabilità sia stata scaricata sul singolo medico.

I riferimenti precisi arrivano a fatica e la separazione tra Ats ed erogatori fa sì che si generino tanti conflitti, con le Asst che vanno in ordine sparso. Anche l'iniziale sistema di prenotazione dei tamponi, con innumerevoli passaggi tra medico e operatori Ats, è un segno che la drammatica situazione vissuta nell'emergenza non ha insegnato nulla».

Brignoli: «In realtà un'evoluzione delle cose c'è, anche se non così veloce. Il Siss ad esempio si è allineato mettendo le agende a disposizione dei medici.

Rilevante è il forte disagio nella catena di comando/controllo. Se dobbiamo fare una riflessione onesta, questo vale anche per la catena degli esecutori: molta parte della professione medica delega, non è presente. Ci si può chiedere perché io ho prescritto solo 3 tamponi e qualcuno 300».

Vertua: «Come pediatri abbiamo avuto molti più problemi rispetto ai MMG nella diagnosi COVID, perché il bambino spesso non ha sintomi o è paucisintomatico. Le linee guida dell'ISS in questo senso sono demenziali, perché valorizzano la febbre, che è fondamentale nell'adulto, mentre nel bambino sotto i 6 anni non è un sintomo importante, e i piccoli presentano anche 6 o 7 raffreddori/tossi in un inverno.

Nelle scuole ci sono insegnanti che al primo colpo di tosse di un alunno chiamano il genitore. E molti colleghi sono spaventati dal

punto di vista medico legale, perché pensano «se non lo "tampono" rischio di diffondere l'epidemia a tutta la scuola». Ma i bambini si ammalano molto poco di COVID e non infettano gli altri. Per ovviare, come tavolo regionale sul COVID di cui sono componente abbiamo stilato un atto di indirizzo con una serie di paletti volti a ridurre il numero di tamponi: in questi giorni nell'area *drive through* del luna park in via Morelli ci sono 2 ore di coda, spia di qualche criticità, anche se a Brescia come tempistiche siamo ancora fortunati».

Gozio: «La medicina generale è stata colta di sorpresa all'inizio della pandemia, sarebbe deleterio esserlo anche in questa fase. Non è tanto la paura di non avere Dpi o linee guida, ma la confusione, e il fatto che non ci sia stato coordinamento nell'emergenza.

Forse c'è delega di responsabilità, di certo si sente la mancanza di una Asl, e questa pandemia ha fatto emergere le debolezze della legge 23. La paura della medicina generale è che le cose vengano affrontate senza una visione d'insieme, che è mancata nel periodo di massima emergenza».

Martire: «Il MMG è in prima linea, e si trova ad affrontare i problemi più diversi: si pensi solo agli adempimenti burocratici per i lavoratori, con l'Inps che dopo 8 mesi ha chiarito cosa considera per "isolamento". Per non parlare del tema odierno delle vaccinazioni antinfluenzali: ancora non si sa quando arriveranno, si dice che la disponibilità sarà di 20-25 dosi per medico, dovremo sorteggiare i malati che ne hanno diritto?

Il problema di fondo è la mancanza di comunicazione, Ats si rimpalla con le Asst, ma noi abbiamo bisogno di informazioni concrete, servono input veloci».

Rossi: «Il territorio è stato lasciato a sé stesso. I distretti avevano un senso, e quando è servito non c'erano. Sono mancati igienisti e servizi di sanità pubblica. Il nostro ruolo va rivisto alla velocità, e l'intero sistema - insieme alla legge 23 - va rivisitato, ad esempio trovando un ruolo per il CRT-Coordinamento per la rete territoriale, individuando un contenitore

che assicuri uniformità. A volte l'eccessiva capillarità sul territorio va a scapito del bene, le aggregazioni di medici possono invece assicurare uniformità e servizi: in questo senso bisogna ragionare sulle AFT-Aggregazioni funzionali territoriali, rivedere le cooperative per la gestione del cronico, predisporre infrastrutture per i MMG.

Mi sembra che il sistema si stia muovendo, anche perché la crisi ha messo in evidenza i nodi che ora si cerca di risolvere, a partire dal miglioramento del sistema informatico e della Siss, che presenta ancora molte lacune».

Balestrieri: «Il territorio è stato giudicato l'anello debole nella risposta lombarda alla pandemia. Ma proprio durante questa fase si sono attivate modalità di lavoro (come la telemedicina, la semplificazione burocratica) da tempo attese. Al contempo si discute sul ruolo dei distretti e sull'evoluzione che potrà avere la legge 23 di Regione Lombardia, in corso di revisione. Qual è la vostra opinione?».

Brignoli: «In Regione non c'è nessuna intenzione di modificare l'assetto della medicina generale: sulla presa in carico del cronico non ci sono novità e la funzione degli infermieri di famiglia non è ben chiarita. E nei bilanci regionali non c'è una lira in più per i MMG, non si ha un'idea di come investire sul territorio.

La medicina generale offre cure personalizzate e continue nel tempo, possibilmente condivise tra operatori sanitari e facilmente accessibili dal cittadino. È una medicina che deve conoscere i bisogni di popolazione, avere una visione strategica, disporre di strumenti di stratificazione della popolazione. Il MMG da solo non può assolvere tutti questi compiti, per questo è necessario riformare profondamente il sistema, assicurando personale amministrativo e sanitario, la creazione di reti e la condivisione con gli specialisti di progetti di cura e obiettivi. Questa è l'idea di medicina generale che vorrei, ma che non vedo».

Vertua: «Questa pandemia ha profondamente modificato il mio modo di essere pediatra. In più di 30 anni di convenzione ho cercato di fare imparare ai genitori come gestire l'acuto

banale», ovvero il bambino con raffreddore, tosse o febbre. Con le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità tutto questo è stato stravolto, e ora ci ritroviamo a rispondere a centinaia di telefonate di genitori allarmati ai primi sintomi di raffreddamento.

È mutato anche l'approccio con i pazienti: soprattutto con i bambini piccoli ho sempre cercato di distrarli e tranquillizzarli con sorrisi e boccacce che rendono la visita meno traumatizzante. Con la mascherina non è più possibile. E ci vorrà molto tempo perché le cose tornino come prima».

Lonati: «COVID ha innescato diversi cambiamenti, per esempio abbiamo sviluppato esperienze di telemedicina e imparato a sperimentare la presa in carico avvalendoci del contatto telefonico: anche questo è un momento di cura, e si coniuga con l'idea che la partecipazione attiva dell'assistito non è qualcosa di peregrino. Il rapporto telefonico associato alla responsabilizzazione dell'assistito va ora strutturato in modo più robusto. In futuro vedrei lo sviluppo reale delle AFT, che possono offrire una visione d'insieme, con medici dello stesso territorio supportati da servizi (infermiere di famiglia, psicologo, assistente sociale) per persone con più compromissioni dell'autonomia personale. Le cooperative dovrebbero essere "incernierate" sulle AFT, superando frammentazione e dispersione, e andrebbe valorizzato il rapporto con i Comuni, in una logica distrettuale. Dal canto suo Ats dovrebbe cessare di operare come agenzia che firma i contratti (cosa che può fare la Regione), ma avere in mano anche strumenti per agire. Mentre le Asst dovrebbero assumere l'effettivo coordinamento di ciò che avviene sul loro territorio».

Rossi: «In una Regione ospedalocentrica da sempre, dove il 50% dell'erogato è in mano al privato, la necessità più avvertita è quella di personale e di integrazione sul territorio, ma non credo che l'infermiere di famiglia cambierà le cose, perché si tratta di un dipendente dell'Asst, non di una figura dedicata, e sul territorio si rischia di impoverire l'ADI, i cui erogatori paventano l'assenza di infermieri.

C'è bisogno di più aggregazioni - il primo passo potrebbero essere i CRT, come raccordo tra le esigenze del sistema e del territorio - e ci mancano piattaforme integrate, perché attualmente disponiamo di 4 o 5 piattaforme che non si parlano tra loro. Noi medici di famiglia siamo il "terminale" delle vicende sanitarie degli assistiti, potremmo dare tante informazioni al sistema se ce lo chiedessero, per rendere disponibili valutazioni di popolazione».

Gozio: «"Il re è nudo": Quanto tiene la Regione al territorio? La pandemia ha evidenziato la necessità di aggregazioni, ma le AFT rincorrono qualcosa che non è stato pensato in Regione, dove non c'è una visione prospettica per arricchire il territorio. Piuttosto, stiamo inseguendo gli eventi, cosa che, se giustificata nel primo periodo pandemico, ora non lo è più. Sono maturati aspetti positivi, come la dematerializzazione delle ricette e della modulistica, l'auspicio è che non sia un fuoco di paglia ma come categoria si riesca a mantenere il punto su queste acquisizioni. Al contempo non vedo male le cooperative se offrono servizi per le AFT e strumentazioni di telemedicina. Sullo sfondo, tuttavia, non mi sembra che Regione sia intenzionata a realizzare un sistema pubblico in cui il MMG sia un elemento fondamentale e integrato».

Martire: «Esprimerò una posizione fuori dal coro: credo che la presa in carico ci stia, ma in tutt'altro modo. Siamo ancora dei liberi professionisti, c'è un Accordo collettivo nazionale, è con gli accordi che si può fare quello che si vuole. E le AFT, mai considerate in precedenza dalla Lombardia, sembrano più che altro funzionali a un ripescaggio della legge 23.

Noi MMG rischiamo di essere troppo aggregati, quando la realtà dice il contrario: gli studi che si configurano come piccoli satelliti sul territorio hanno una loro funzione, pensiamo ai medici dei piccoli paesi che sono la prima linea per i piccoli e grandi bisogni di salute della popolazione. Certo bisogna tornare a fare la clinica, imboccare solo la strada informatica è pericoloso».



Balestrieri: «Le debolezze evidenziate dalla pandemia richiamano con forza il tema della formazione del MMG: secondo alcune voci va considerata l'opportunità di istituire una vera e propria Scuola di Specializzazione in Medicina delle cure primarie con un percorso accademico ed un "core curriculum" definiti».

Brignoli: «Da coordinatore regionale del Corso di formazione specifica in Medicina generale tengo a ricordare che sono tre le linee strategiche della Scuola di formazione. In primis il tirocinio professionalizzante, secondo il principio del "learning by doing", come avviene per gli specialisti, con la possibilità di lavorare "dentro" la medicina generale. Fra esercitazioni e pratica, una parte di questa attività diventa il fare il medico, seguiti da un tutor. E questo rappresenta un cambiamento epocale: non c'è tanto bisogno di accademia o specialità nella medicina generale, che è una disciplina con prerogative proprie, orientata a curare l'illness, non il disease».

La seconda linea strategica consiste nel rinnovare il parco dei formatori, per futuri medici capaci di sintonizzarsi sui bisogni attraverso nuove *skill*, come la possibilità di fare ecografie, la cura degli aspetti relazionali, l'attenzione al tema del dolore e delle cure palliative. Terza linea strategica sono i lavori di *team* per mettere a fuoco, attraverso *dossier* e approfondimenti, gli aspetti da migliorare della medicina generale. In questa prospettiva la scuola sarà un elemento di spinta nei confronti della politica. Tenuto conto che in Regione manca ancora l'idea di cosa sia la medicina generale».

Vertua: «Quando sono uscito dall'Università conoscevo molte cose specialistiche ma non sapevo come dare lo sciroppo, o come creare un rapporto empatico con le mamme, per cui il pediatra è una specie di confessore. In questo senso la formazione specialistica non è adeguata, perché chi esce dall'Università ha una preparazione teorica notevole, ma incontra difficoltà a gestire cose banali. Anche perché è difficile insegnare a interfacciarsi col genitore, che ha bisogno di sicurezze: è una cosa che nasce dall'esperienza o dall'osservazione dei maestri. Anche per questo il lavoro del pediatra mal si concilia con la medicina di gruppo: le mamme vogliono che il loro bambino sia visitato da me, è una delle cose più importanti nella pediatria di base».

Rossi: «Il MMG ragiona non per patologie ma per percorsi, è per questo che in studio siamo chiamati ad offrire ai colleghi ciò che l'Università non ha dato. Il percorso accademico ti insegna a lavorare come singolo, in medicina generale bisogna riuscire a lavorare in gruppo e per progetti, da qui l'importanza dei *project work* e dei *dossier* in cui si cimentano i colleghi in formazione. Nel periodo a venire si profila un importante ricambio generazionale, nell'arco di 6-9 anni dovremo rifondare il modo di fare il medico, e la programmazione sarà strategica per formare i professionisti del futuro».

Lonati: «La formazione sulle cure primarie è qualcosa che non appartiene al percorso del futuro medico, mentre dovrebbe essere

presente in tutte le specializzazioni, oltre che nella medicina generale».

Di Stefano: «È stato annunciato l'arrivo di 5 milioni di test rapidi antigenici, da effettuare negli studi dei medici di famiglia. Cosa ne pensate?».

Brignoli: «È un insulto all'epidemiologia. Queste tipologie di test servono in popolazioni molto ampie da "tamponare" subito. Non è il bisogno di questo momento. È necessario, piuttosto, un percorso definito per le persone sintomatiche».

Rossi: «A febbraio-marzo avrebbe avuto un senso, se tornassimo a quei numeri servirebbe, ma l'esecuzione dei test rapidi andrebbe accompagnata da una riorganizzazione del territorio: se manca quella, questo strumento diventa fine a sé stesso».

Gozio: «I nostri ambulatori non sono attrezzati. E se la risposta al tampone tradizionale arriva in 36 ore al massimo, il test rapido risulta pleonastico».

Di Stefano: «Mi sembra che siano tre i punti qualificanti emersi in questo confronto: tutti hanno avvertito una carenza di coordinamento a livello delle istituzioni e una difficoltà nel fare sintesi e prendere decisioni rapide seguendo l'evoluzione della pandemia. L'aspetto positivo è che il COVID ha costretto a ridurre la burocrazia, e l'auspicio è che questa lezione si mantenga nel tempo. Sulla legge 23 e la sua possibile revisione, si ragiona sulle aggregazioni e il lavoro di gruppo. Ci sono visioni diverse, ma c'è condivisione sul fatto che la relazione medico-paziente non è incompatibile col lavoro di gruppo, e che il COVID ci ha insegnato l'importanza di comunicare fra operatori sanitari. Sulla medicina del territorio, tuttavia, non c'è stato un investimento che ci aspettavamo, siamo tornati ai tempi delle "isorisorse". In conclusione, emerge il bisogno di maggiore integrazione a livello istituzionale e di decisioni rapide, insieme alla necessità di passare dal lavoro singolo al lavoro di gruppo con altre professioni e discipline». ●

Long term care



Forum mercoledì 11 novembre 2020

Hanno partecipato

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Corrado Carabellese, Direttore Sanitario Fondazione Casa di Dio Onlus

Elisabetta Donati, Presidente Fondazione Casa di Industria Onlus

Antonio Guaita, Direttore Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrosso

Gianbattista Guerrini, Direttore Sanitario Fondazione Brescia Solidale Onlus

Marco Trabucchi, Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatrics e Direttore scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica

Ermellina Zanetti, Infermiera, Vicepresidente Associazione Assistenza PRIMARIA In Rete (APRIRE) - Network, Componente Gruppo di Ricerca Geriatrica

La "Long Term Care" viene definita come un insieme di servizi sanitari e sociali erogati in modo continuativo e prolungato nel tempo, pensati per dare risposta ai bisogni della popolazione anziana e alla necessità di assistenza legata al processo di invecchiamento e all'emergere di disabilità fisiche e mentali.

Durante la prima ondata pandemica le Rsa - Residenze Sanitarie Assistenziali sono state duramente colpite dagli effetti del contagio, trovandosi con pochi strumenti a fronteggiare un'emergenza che ha fatto saltare le protezioni per gli ospiti più fragili, causando un numero elevato di decessi nelle strutture.

Quanto accaduto non può essere ascritto solo all'eccezionalità del momento, ma deve diventare occasione per un ripensamento complessivo delle politiche di presa in carico della terza età, in un orizzonte segnato dal progressivo invecchiamento della popolazione. Abbiamo aperto un confronto con le figure che più da vicino si interrogano su queste tematiche.

Balestrieri: «Il tema delle Rsa ha dominato l'attenzione dei media nella prima fase della pandemia, quando le case di riposo hanno pagato un prezzo altissimo in Lombardia (come in Europa e nel Nord America), con mortalità e morbilità drammaticamente elevate. Le strutture hanno incontrato difficoltà (soprattutto iniziali) nel reperimento dei dispositivi di protezione, nella possibilità di isolamento degli ospiti, nella disponibilità di tamponi diagnostici e di linee guida terapeutiche, e nell'accesso a cure ospedaliere.

Lo stretto isolamento degli ospiti dai familiari, il blocco delle attività comuni proseguiti nei mesi successivi a marzo-aprile hanno determinato un rilevante deterioramento della qualità di vita e delle condizioni di salute degli anziani.

Ora, con la "seconda ondata" epidemica, i timidi tentativi di riapertura dei contatti con l'esterno sono stati fermati da nuove ordinanze di chiusura. In questo contesto il modello geriatrico di assistenza agli anziani fragili elaborato e sperimentato negli ultimi decenni - teso

a dare significato e qualità alla vita nelle residenze, attraverso molteplici attività e la vicinanza dei familiari - rischia di subire un colpo grave, con un prezzo elevato da pagare in termini di salute fisica e psichica degli ospiti.

Come ripensare il modello di residenzialità nella pandemia? Quali considerazioni possono essere proposte in questa fase?».

Trabucchi: «La nostra cultura e organizzazione sociale non hanno mai vissuto le Rsa come qualcosa di appartenente alla comunità. Ne avevamo bisogno, hanno svolto un ruolo prezioso, una funzione fondamentale ma di fatto marginale nell'interpretazione collettiva. COVID ha fatto esplodere il problema. Se la cultura "formale" in ambito geriatrico non si è mai sostanzialmente occupata delle residenze, non ritenendo utile un atteggiamento "positivo" per persone affette da pluripatologie, ora è necessario pensare di cambiare. Ed è un segnale importante che l'Ordine dei Medici metta questo tema tra le priorità da discutere. Non c'è ancora una sensibilità diffusa, parliamo di poche avanguardie, ma dopo il COVID potrebbe aprirsi qualche segnale positivo. Il nostro impegno continua, per far trovare consenso alle nostre idee».

Guaita: «Le Residenze sono state messe sotto i riflettori durante l'emergenza, con il rischio che diventino un facile capro espiatorio della situazione. Le strutture presentano aspetti di forza e di debolezza, ma è come se in una situazione di grande stress gli elementi di debolezza abbiano rappresentato un punto cruciale che ha reso difficile una gestione appropriata. L'impegno deve essere volto ad evitare gli errori fatti, e bisogna scorporare, ad esempio, l'eccesso di mortalità legato alla pandemia da quello prevedibile riferito alla situazione delle persone. Non dobbiamo rischiare di buttar via un'occasione, serve un ripensamento per migliorare».

Donati: «C'è però una certa ambiguità di fondo nella percezione delle Rsa da parte dell'opinione pubblica, secondo

cui le strutture non sono senza colpa, e vengono dipinte come realtà che si arricchiscono sulle persone fragili, generando profitto. Anche l'immagine degli ospiti è completamente falsata, ed è difficile per chi amministra un ente gestore essere sintonizzati sui bisogni e al contempo essere identificati come cinghia di trasmissione della politica, perché accreditati dalla Regione.

Del resto, la stessa rappresentazione della vecchiaia stenta a diventare di dominio pubblico: non abbiamo un Piano della vecchiaia aggiornato da più di vent'anni, solo l'Istat, facendo riferimento alla letteratura internazionale e all'*Active Aging Index*, si orienta a una lettura complessiva delle politiche integrate per la società che invecchia. Scontiamo certamente limiti strutturali, ma anche l'assenza di politiche di contorno, in uno scenario collettivo preoccupante, in cui avanza l'idea che torneremo ad essere i "luoghi della morte"».

Carabellese: «La pandemia ha dimostrato l'efficacia dei principi della cura socio-sanitaria che, oltre alla cura delle malattie in senso stretto, si occupa della socializzazione, dello stare insieme, del rapporto con i familiari, e quanta salute garantiva agli ospiti. In epoca COVID abbiamo isolato gli ospiti in camera dove trascorrevano le giornate una dietro l'altra, con visite di ausiliari bardati che operavano nel minor tempo possibile. Il protocollo affermava che nel sospetto COVID-19 la porta doveva essere chiusa per il rischio contagio. Durante l'igiene alla paura degli ausiliari si associava il pensiero di evitare i contatti stretti e le carezze, i sorrisi... Prima si consigliava di parlare, stimolare. Poi l'alimentazione è diventata veloce, con piatto unico, integratori, gelati. I familiari: alla porta e con contatto tablet (ma il demente con MMSE < 10, che rappresenta almeno il 60% degli ospiti?). La sospensione dell'accesso dei familiari rappresenta una vera difficoltà che si spera con le dovute tecniche possa essere rivalutata.

Poi l'animazione, la tombola, la lettura

del giornale, tutto sospeso. All'improvviso come un temporale, le feste del pomeriggio, la musica, gli alpini, la torta: stop, non si esce dalla camera e con la porta chiusa.

Forse oggi abbiamo bisogno di nuovi modelli organizzativi per far fronte alla facile diffusione dei virus da un lato, ma anche di una cura caratterizzata non da solo pastiglie, visite mediche o misurazione di parametri vitali».

Zanetti: «In questi mesi, aiutando gli operatori della Rsa a ritrovare la bussola del loro operato, ho percepito come la pandemia abbia messo in luce debolezze e solitudine. Le strutture hanno dovuto attrezzarsi per attivare l'ossigeno, perché gli ospedali non potevano intervenire sulle situazioni che necessitavano di un approccio intensivo. Ed è emerso come la risposta ai bisogni sia mediata dagli operatori, e sconti il limitato numero di infermieri presenti nelle strutture. Uno studio condotto in California, ad esempio, ha considerato tra i fattori associati alla diffusione dell'infezione nelle strutture residenziali anche lo *staffing*, ovvero le ore giornaliere di assistenza infermieristica per ospite e lo *skill mix*. Le 272 residenze in cui sono stati riscontrati ospiti con COVID-19 avevano standard assistenziali più bassi (meno di 4 ore per ospite al giorno) e meno ore erogate da infermieri laureati rispetto alle 819 strutture COVID free. Gli anziani ospiti delle strutture con un numero di ore erogate da infermieri laureati inferiore a 0,75 ore die avevano una probabilità due volte maggiore di contrarre il virus. In Lombardia, la regione con il maggior numero di strutture residenziali per anziani, da almeno vent'anni i finanziamenti erogati dalla Regione non hanno subito alcun incremento e le strutture hanno ridotto i livelli assistenziali (sono 901 i minuti settimanali per ospite richiesti dalla Regione ai fini dell'accreditamento), per contenere i costi e non far lievitare eccessivamente l'importo della retta. Secondo i dati dell'Osservatorio Settoriale sulle Rsa della LIUC Business

School, i minuti di assistenza settimanale per ospite, riferiti all'anno 2018, sono in media 1.146, nel 2010 erano 1.200. Di questi, solo 211 (30 minuti al giorno) sono erogati da infermieri».

Guerrini: «Di fondo c'è la contraddizione della collocazione delle Rsa nella rete dei servizi sanitari e socio-sanitari: da anni alle nostre strutture vengono affidati compiti più complessi e gravosi, riducendo però le risorse e gli organici. Da qui la grande contraddizione di considerarci presidi su cui fare vigilanza sanitaria molto stretta, chiedendoci incombenze burocratiche costose, risorse umane, investimenti, senza darci le risorse necessarie.

Le nostre strutture stanno vivendo una crisi economica importante, essendo state chiuse a lungo ai nuovi ingressi, pur mantenendo i costi di gestione. Questa situazione può autorizzare il sospetto che dietro ci sia l'idea che il sistema delle Rsa vada ripensato, puntando su strutture di dimensioni maggiori, con più competenze di tipo sanitario, e facendo venire meno le strutture più piccole, che mantengono il raccordo con le realtà territoriali, offrendo servizi di assistenza, centri diurni, poli multifunzionali per gli anziani.

Lo sforzo che caratterizza da tanti anni le nostre strutture è quello di coniugare la buona qualità di cura - e quindi una risposta adeguata ai bisogni sanitari degli ospiti - con la garanzia di un benessere più ampio. Nelle Rsa le persone vivono, per questo devono essere luoghi di cura e di vita, anche se è certamente complesso tenere insieme le due cose.

La mia preoccupazione è che di fronte a questa crisi, e alla difficoltà di reggere alla mancanza di risorse adeguate, si finisca per ripiegare sulla tutela degli aspetti prettamente sanitari, dimenticandoci che da noi le persone vivono, non sono accolte per una settimana o per un mese. Questa è la grande sfida. Il documento della Regione punta a una maggiore specializzazione sanitaria, e la scelta di chiudere ai familiari, indipendentemente dalla capacità delle strutture di organizzarsi, forse nasconde questa idea. Del resto, la matrice

portante del nostro assessorato al Welfare proviene dalla sanità, il socio sanitario è poco presente».

Di Stefano: «In questo periodo abbiamo assistito ad immissioni di nuove risorse a favore delle strutture di cura, come l'assunzione di medici e infermieri negli ospedali. C'è stata attenzione per le Rsa? Il concetto di casa di riposo è profondamente cambiato negli ultimi anni, se prima era percepito quasi come un "disonore" essere ricoverati, ora è ingente lo sforzo prodigato non solo nell'accoglienza ma anche nell'integrazione sociale degli ospiti».

Guerrini: «C'è stata una fugace messa a disposizione di un piccolo numero di infermieri, 4 o 5 in tutto nella nostra Ats, mentre sulle risorse economiche la partita non è ancora chiusa. È stata data garanzia che il budget del 2019 verrà confermato anche nel 2020: il problema è che copre solo la quota sanitaria e non la quota alberghiera che rimane a carico del cittadino o dei Comuni, con un rapporto di 40 a 60. I giorni di degenza persi avranno quindi una copertura al 40%, senza contare i costi organizzativi (fra cui quelli per i Dpi) che non sono coperti dall'intervento regionale. Il prossimo anno è previsto un aumento delle tariffe del 2,5%: con quello riusciremo forse a coprire il costo aggiuntivo dei soli guanti, che hanno visto salire i prezzi del 500%. Anche il Governo è totalmente assente sul versante socio-sanitario, in questa fase ci ha dimenticato».

Trabucchi: «L'impressione è che non abbiamo la più pallida idea della realtà del Nord, e tengano come modello l'assistenza geriatrica di Roma o Napoli. Il ministro non è stato specificamente coinvolto sul problema, mentre la designazione di monsignor Paglia come presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana è una nomina di parte, che prelude già alle conclusioni. Mi chiedo perché non riusciamo a fare una

lobby culturale prima che politica su questi argomenti? Servono persone per costruire una cultura che metta al centro queste priorità. Se non c'è questo fondamento culturale non si parte nemmeno in battaglia».

Donati: «Vale la pena chiedersi come arrivano le persone alla scelta della Rsa. Nella percezione diffusa c'è ancora la rappresentazione di una vecchiaia priva del riconoscimento dei diritti alla scelta e al benessere. L'esperienza del singolo è depotenziata di progettualità sul modo di invecchiare, trascurando il fatto che - se può - è giusto che la persona chieda come essere curata e assistita.

Non aiuta la frammentazione del mondo socio-sanitario e sociale, in cui nessuno ha un ruolo di *governance*, ma prevale una scomposizione tra operatori pubblici, badanti, enti gestori, piccoli e grandi gruppi del *profit* che rende il terreno poco riconoscibile. In una prospettiva più ampia, sono poche le voci che provano a diradare le nebbie sull'invecchiamento in generale e le strategie per la fragilità, che implicano anche ragionamenti molto spinosi sul tema dei diritti».

Balestrieri: «In effetti la pandemia ha evidenziato la fragilità organizzativa e il nodo della sostenibilità finanziaria delle Rsa, il cui personale si è adoperato con grande spirito di sacrificio (molti si sono ammalati, alcuni sono morti). La richiesta da parte degli ospedali, inoltre, aggrava



e rende critica la carenza di personale, soprattutto infermieristico, attratto da condizioni contrattuali migliori. E in assenza di piani di aiuto molte Rsa (specie le più piccole, fortemente legate al proprio territorio) rischiano di chiudere a favore di gruppi nazionali e internazionali più solidi. Nel medio-lungo termine si pone la necessità di potenziare l'attuale debole sostegno finanziario pubblico alla non-autosufficienza, che emerge come tema centrale delle politiche socio-sanitarie. Quali le direttrici su cui orientarsi?».

Trabucchi: «Se qualcosa di positivo può venire dal dramma COVID è che si rinnovi l'attenzione al mondo della non autosufficienza, finora trascurata dall'agenda politica. In questa fase i fondi del Mes e del Recovery fund dovrebbero essere assicurati all'ambito sanitario e socio-sanitario, anche se il tema del sottofinanziamento è solo la metà del problema. L'altra metà è la progettualità, con interventi per la presa in cura complessiva della persona. È importante, in questo senso, avanzare delle proposte che speriamo qualche forza politica faccia proprie».

Guaita: «È opportuno ricordare che in sette anni l'intensità sanitaria degli ospiti ricoverati è cresciuta del 9%, secondo i dati Istat. Di ospiti autosufficienti non ne abbiamo quasi più, e questa è una trasformazione enorme, perché sappiamo che quanto più una persona è non autosufficiente, tanto più è malata. Pensiamo solo all'enorme impatto dei ricoveri di persone con demenza all'interno delle residenze: il primo problema di non autosufficienza, infatti, è quello psichico. Associato ad altre problematiche sale all'80-89%. Non possiamo più pensare di organizzare il funzionamento delle strutture senza tenere conto di questi aspetti. Perché oggi la non autosufficienza è diversa, e pone problemi enormi nel rapporto tra libertà e sicurezza. Questi aspetti sono esplosi di fronte alla pandemia, se si considera che il 78% dei ricoverati ha anche problemi

comportamentali e non può sottostare alle regole imposte contro il COVID, come quella di indossare la mascherina. Il passaggio che si impone oggi è di ripensare le strutture, abbandonando una sterile difesa del passato. Ad esempio gli ospiti devono avere un luogo privato di vita, come una stanza singola: è possibile che questo aspetto risulti secondario? C'è poi la questione del personale: se pensiamo che in Italia su 60 mila detenuti ci sono 30 mila guardie, ci rendiamo conto che i carcerati hanno più assistenza degli ospiti delle Rsa. Aspetti che gridano vendetta, in relazione anche ai profili di rischio dell'infezione da COVID-19: due persone su dieci sono morte perché non c'era abbastanza personale. Le Rsa sono come un anziano fragile: non possono contare sulla riserva funzionale. Da questa fragilità bisogna uscire, ragionando non solo in termini di numeri ma anche di formazione e aggiornamento del personale, e di collegamento con le strutture di cura sia sanitarie che sociali. In futuro dovremo confrontarci con una popolazione anziana di novant'anni, in maggioranza donne, fragili. Bisogna programmare fin da ora, se non vogliamo trovarci davanti a una mortalità che non ci aspettavamo».

Carabellese: «La vita in comunità per un ospite fragile significa vivere un rischio aggiuntivo rispetto allo stesso ospite al domicilio. È possibile intervenire sul rischio? Certamente sì, attraverso percorsi di formazione, protocolli, Dpi, comportamenti professionali all'interno e all'esterno da parte dei dipendenti. Per la sorveglianza sanitaria in senso lato non basta solo il controllo dei sintomi inerenti il COVID. La sorveglianza deve prendere in prima considerazione la mobilitazione, le cure igieniche, la cura del cavo orale e protesi, la nutrizione, la socializzazione, la possibilità di vivere il proprio spazio e il proprio tempo. Oltre all'adozione di regole come lavaggio mani e mascherina, oggi abbiamo scoperto che la sorveglianza diventa estensiva: bisogna verificare che gli ospiti stiano ad un metro di distanza».

A marzo uno dei primi articoli pubblicati circa la diffusione virale nelle Nursing Home affermava che era fondamentale eseguire periodicamente il tampone a dipendenti ed ospiti al fine di identificare gli asintomatici COVID-19. L'esperienza di quei mesi ha permesso di verificare che quando venivano eseguiti gli esami a tappeto si individuavano casi asintomatici che di sicuro diffondevano il virus in modo silente. La continua sorveglianza sanitaria, i comportamenti adeguati di ospiti e dipendenti rappresentano un modificatore del rischio.

Le recenti indicazioni della Regione Lombardia (DGR 3226 e successive modifiche) controindicano la presenza in Rsa di ospiti asintomatici o paucisintomatici o sintomatici che dovrebbero essere trasferiti in strutture sanitarie subacute o Pronto soccorso. Tale indicazione tutelante per gli ospiti fragili e a forte connotato geriatrico per gli obiettivi della Rsa, permette di garantire un servizio di cura molto simile a quello che si erogava in passato».

Balestrieri: «Le politiche per l'invecchiamento sono chiamate a ripensare i modelli organizzativi di assistenza sul territorio, in cui, accanto alle strutture di accoglienza, si distingue il tema della domiciliarità. Quali le criticità e le possibili proposte?».

Guaita: «Siamo di fronte a un mito. I dati dicono che l'assistenza domiciliare funziona meglio quando funzionano meglio anche le residenze. Quando si parla di domiciliarità va sgombrato il campo da equivoci: non si tratta di recarsi a casa per fare un'iniezione o misurare la glicemia: Si tratta di un compito ben più ampio, quello di farsi carico della persona e aiutarla a vivere, accogliendo il suo progetto di vita. Stante la situazione attuale, è risibile pensare che la domiciliarità sia un'alternativa alla Rsa».

Trabucchi: «Abbiamo il dovere di portare avanti un impegno affinché "le Rsa non siano luoghi di morte ma di vita":

questo è lo slogan forte attorno a cui ritrovarci. Anche se sul futuro non sono particolarmente ottimista, perché non vedo molte risposte».

Di Stefano: «I medici hanno spesso degli "scotomi" riguardo a questi mondi, e non nascondo un certo pessimismo circa il livello di sensibilità diffusa sui temi dell'invecchiare e della non autosufficienza. Forse però un aspetto importante che la pandemia COVID ha messo in evidenza è la necessità di preservare relazioni, a tutti i livelli».

Zanetti: «Non va dimenticata, ad esempio, la grande sofferenza vissuta dagli operatori durante l'emergenza. Isolare le persone è costato una fatica immane agli operatori, in questo le strutture più piccole sembrano essere state favorite. Difficile da gestire è stata anche la lontananza imposta ai familiari, sebbene in letteratura non sia dimostrato che la presenza dei parenti aumenti l'infezione. Con le persone che si stavano spegnendo eravamo solo noi, e ci siamo interrogati su cosa avrebbero desiderato per quel momento, abbiamo cercato di intuire la loro volontà, consapevoli che questi aspetti erano complessi da ricostruire.

Oggi, se possibile, dobbiamo riprogettare il futuro: ed è importante coinvolgere in questa discussione, legata alla cura e ai modelli di assistenza, anche chi progetta le strutture».

Carabellese: «Ho scoperto che le Rsa costruite secondo i canoni architettonici della socializzazione, con ambienti favorevoli la vita di comunità, gli spazi dove vivere appartati con figli, nipoti e badante, il bar, la cappella, il portinaio, sono una catastrofe quando bisogna rispettare i canoni architettonici del virus, che impone percorsi differenziati per personale, visitatori, fornitori e manutentori. Impossibile realizzare percorsi per la cappella, percorsi per lo spogliatoio, spogliatoio per tutti i reparti o differenziati, il personale per un reparto o per la Rsa, e la sala mortuaria con entrata

indipendente. Anche l'organizzazione architettonica e strutturale andrebbe riorganizzata.

Gli aspetti finanziari, inoltre, hanno sicuramente caratterizzato la storia delle Rsa del 2020, storia che va analizzata anche sotto questo aspetto. Le difficoltà organizzative e contrattuali per i professionisti non sono una storia recente, vengono da molto lontano».

Donati: «Come si invecchia e si diventa fragili dipende da come si è vissuti: oggi stiamo seguendo la coorte degli anni Venti e Tenta del secolo scorso, ma c'è un'evoluzione demografica in corso e dobbiamo interrogarci su come saranno agli anziani nati negli anni Quaranta e Cinquanta, specchio di epoche diverse ed esigenze diverse. Il processo di trasformazione dei servizi dovrà essere originato dalla dinamica demografica: sarà necessario ragionare sull'inclusività delle politiche per la non autosufficienza, visto che attualmente gli anziani che non sono seguiti dalle Rsa o dalla famiglia o badante rimangono soli nelle loro case, e si parla di un 50% che attualmente rimane senza tutela. Non solo: coloro che si occupano dei fragili rischiano di diventare gli "esclusi" di domani, si pensi ad esempio alle donne che si occupano dell'assistenza di un familiare, e che in futuro si ritroveranno vecchie, in solitudine e con disponibilità economiche ridotte, senza modalità di "restituzione" dell'impegno di cura prestato. Non è solo, quindi, un

problema di qualche prestazione in più, ma del ripensamento complessivo del tema della vecchiaia. La comunità è chiamata a un ridisegno complessivo che passa dalle scelte urbanistiche, dai trasporti, per poter vivere con agio anche quando saremo più fragili: bisogna far leva su politiche integrate se vogliamo che la vecchiaia diventi una stagione ancora ricca di opportunità».

Guerrini: «Esiste infatti una relazione circolare tra non autosufficienza e impoverimento, cui si somma un calo, negli ultimi anni, degli investimenti sui servizi residenziali e assistenziali. La percentuale del Pil dedicata alla *long term care* equivale a poco più dell'1%, e la spesa complessiva per tutti gli interventi è di 5,9 miliardi (dati 2016), di cui il grosso è rappresentato dall'assegno di accompagnamento.

In prospettiva è necessario che si riesca a sviluppare una rete di servizi con l'intervento di attività professionali. Oggi la filosofia della "libertà di scelta" ha monetizzato tutto, e anche l'Assistenza domiciliare integrata non è altro che una serie di prestazioni. Il problema, però, è quello di costruire una cultura della non autosufficienza come un percorso di vita, di cui deve essere parte integrante l'impegno nella prevenzione (si vive più a lungo ma la speranza di vita senza disabilità è molto più bassa).

Su tutti questi aspetti siamo molto in ritardo. Bisogna far capire ai decisori che non possono affrontare la non autosufficienza con gli stessi criteri del Pronto soccorso o delle malattie rare. È una logica diversa che deve stare alla base della costruzione di un complesso di servizi.

Balestrieri: «Il tema della *long term care* è ancora, per molti aspetti, un tema negletto, e non riceve la stessa attenzione riservata, ad esempio, alla medicina ospedaliera o ai medici di medicina generale. Come Ordine ci impegniamo a fare la nostra parte perché questi argomenti possano trovare ascolto e nuove progettualità». ●



Al di là del virus: l'impatto psicologico della pandemia, l'infodemia e la comunicazione del rischio

Giovanni de Girolamo

Medico Specialista in Psichiatria

IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Molto è stato scritto e dibattuto in questi mesi circa le problematiche biologiche e clinico-assistenziali correlate alla pandemia da SARS-CoV-2. L'obiettivo di questo contributo è di analizzare l'impatto complessivo che da un punto di vista psicologico la pandemia ha avuto sia sugli operatori sanitari che sulla popolazione generale, e quindi di discutere i problemi relativi alla "comunicazione del rischio" (*risk communication*) che sono emersi con grande chiarezza in questi mesi.

L'impatto psicologico della pandemia nel personale sanitario

Gli operatori sanitari, ed in particolare medici ed infermieri, che hanno dovuto, in differenti setting assistenziali e con differenti ruoli, gestire l'emergenza pandemica hanno certamente pagato un fortissimo tributo, a cominciare dai/dalle 190 Colleghi/e che, come segnala la FNOMCeO (dati aggiornati al 14.11.2020), hanno perso la vita a causa della malattia da coronavirus contratta nello svolgimento del proprio lavoro. In totale l'ISS stima in ben 52.229 gli operatori sanitari che hanno contratto la malattia (dati al 14.11.2020). Bastano queste semplici stime a far capire in

che misura la pandemia abbia travolto anche medici ed altri operatori sanitari.

Sono state pubblicate numerose ricerche in questi mesi per esaminare l'impatto psicologico che l'esposizione al virus ha avuto tra gli operatori sanitari. Una recente meta-analisi (Cabarkapa et al., 2020) ha esaminato 38 studi pubblicati sino al 21 agosto 2020, i quali hanno preso in esame il personale sanitario, includendo in larghissima maggioranza medici ed infermieri; tra essi, la maggioranza (N=24) è stata condotta in Cina, mentre tre ricerche sono state realizzate in Italia. I 38 studi esaminati avevano un campione medio pari a

1.333 soggetti (DS 1.635), e sono stati condotti in larga maggioranza somministrando al personale sanitario questionari standardizzati. La categoria a maggior rischio sembra essere stata costituita da infermiere di sesso femminile a diretto contatto con pazienti affetti da coronavirus: tra costoro è stata riscontrata un'elevata prevalenza di sintomi di somatizzazione, insonnia ed emicrania. In generale il riscontro di elevati livelli di ansia, spesso correlata al forte timore di poter contrarre la malattia, di sintomi depressivi e di insonnia è comune a molte di queste ricerche. In uno dei tre studi italiani (Rossi et al., 2020) è emerso come il timore di poter contagiare colleghi di lavoro e familiari rappresentasse il principale motivo di preoccupazione; l'ospedalizzazione di un collega era associata a sintomi di stress post-traumatico, mentre il decesso di un operatore sanitario a causa della malattia virale era associato a sintomi di depressione ed insonnia. Alcuni studi hanno rilevato come disturbi del sonno (o la mancanza di ore di sonno) rappresentasse un particolare fattore di rischio per il burnout (Amanullah & Shankar, 2020); anche la mancanza di materiali di protezione individuale (*Personal Protective Equipment, PPE*), riscontrata in particolare nel corso della prima ondata, è stata associata a livelli più elevati di burnout. Cabarkapa et al. (2020) hanno anche messo in guardia da eccessive idealizzazioni di figure professionali quali medici ed infermieri (apparse in questi mesi) in quanto esse rischiano di caricare di aspettative eccessive ed irrealistiche il loro operato e di ostacolare un chiaro riconoscimento dei problemi e delle difficoltà che essi devono fronteggiare.

Risultati di particolare rilievo scientifico, tuttavia, arriveranno da tre grossi studi attualmente in corso in Francia, Germania e Gran Bretagna. In Francia è in svolgimento una ricerca dal titolo '*Health care workers exposed to COVID-19*' (HARD-COVID19) condotta in un ampio campione di operatori sanitari (medici, infermieri, altro personale sanitario) per valutare la prevalenza ed i fattori di rischio per burnout, depressione e disturbo post-traumatico da stress. In un campione comprendente 900 soggetti che soddisfano

i criteri diagnostici per questi disturbi sarà poi realizzato uno studio clinico controllato per valutare l'efficacia di un intervento psicologico mirato versus assistenza di routine. Informazioni maggiori si possono trovare qui: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04570202?term=HARD+COVID&draw=2&rank=1>.

In Germania è in corso una ricerca che coinvolge 21 centri universitari, volta a studiare un ampio numero di variabili relative all'impatto individuale ed organizzativo della pandemia sul personale sanitario (si veda <https://www.bmbf.de/de/faq-zum-nationalen-forschungsnetzwerk-der-universitaetsmedizin-11570.html>).

Infine, in Gran Bretagna è partito da qualche mese lo studio NHS CHECK (<https://www.nhscheck.org/index.html>) con l'obiettivo di indagare le condizioni psicologiche degli operatori sanitari durante la pandemia ed il tipo di supporto istituzionale ricevuto. Resta il quesito su cosa fare per prevenire possibili condizioni di malessere emotivo e di *burnout* negli operatori sanitari esposti: l'ISS ha costituito un gruppo di lavoro (di cui l'autore di questo contributo ha fatto parte) che ha prodotto un documento dal titolo "*Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2*", al quale si rimanda per una dettagliata discussione delle possibili strategie di intervento (Gruppo di Lavoro ISS, 2020).

L'impatto psicologico della pandemia nella popolazione generale

Numerose sono le ricerche condotte in questi mesi in campioni della popolazione generale per stimare la prevalenza e le caratteristiche di varie forme di malessere psichico, o di veri e propri disturbi mentali, quali depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress, ecc. In tempi eccezionalmente brevi sono già state pubblicate ben quattro meta-analisi che hanno preso in esame 85 studi condotti a livello internazionale (tra i quali anche alcuni nel nostro paese) (Krishnamoorthy et al., 2020; Salari et al., 2020; Xiong et al., 2020; Luo et

al., 2020): questi studi, quasi tutti condotti attraverso la somministrazione di questionari *online*, sembrano dimostrare che la percentuale di coloro che riferivano, a partire da febbraio 2020, disparate forme di malessere psichico era molto elevata, raggiungendo e superando il 40% delle persone esaminate. Tuttavia, la quasi totalità di queste ricerche presenta limiti metodologici che devono indurre alla cautela: innanzitutto, coloro che rispondono ad un questionario *online*, inviato per e-mail in maniera del tutto casuale o pubblicizzato attraverso i media, possono rappresentare un campione di popolazione autoselezionato proprio a causa di una condizione di malessere (chi sta male può essere infatti maggiormente propenso a rispondere): infatti in indagini condotte *online* il tasso di risposta talvolta è molto basso (Brøgger et al., 2007; Truell et al., 2002), e questo può facilmente portare a processi di auto-selezione nella partecipazione all'indagine. Inoltre, la semplice autosomministrazione di un questionario *online* non può in alcun caso consentire diagnosi attendibili. Infine, l'assenza quasi totale di valutazioni precedenti non consente di stabilire se il malessere riferito esisteva già prima dell'insorgenza della pandemia (nel qual caso non è possibile ascriverlo all'evento) o se è sorto solo dopo l'inizio del COVID-19.

Tra i pochissimi studi longitudinali, condotti su un campione di persone valutate ripetutamente nel corso del tempo, vi è lo studio tedesco "Longitudinal Resilience Assessment" (LORA), diretto dal Prof. Andreas Reif, Direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Francoforte e realizzato in un campione studiato in maniera approfondita a partire dal 2017 (Chmitorz et al., 2020). Iniziato il *lockdown*, gli autori del progetto hanno cercato di valutare le conseguenze della pandemia in 523 partecipanti in buona salute, somministrando ad essi dei questionari settimanali aggiuntivi riguardanti varie aree del funzionamento psichico. In questo campione, nelle 8 settimane studiate, è stato possibile identificare tre gruppi: un gruppo, largamente maggioritario (84%), ha mantenuto o migliorato la propria 'salute mentale', un secondo gruppo, pari a circa l'8% del campione, ha mostrato un forte malessere iniziale, aumentato fino

alla terza settimana e tornato poi a livelli normali, mentre un terzo gruppo (dagli autori definito come particolarmente vulnerabile, e comprendente l'8% del campione) ha invece presentato un deterioramento significativo delle proprie condizioni psichiche a partire dalla quarta settimana in poi. Un evento come la pandemia, con il *lockdown* e tutte le misure di contenimento adottate, ha effetti quindi molto diversi su persone mentalmente sane.

Resilienza dopo le catastrofi

I risultati dello studio LORA sono sintonici con quelli ottenuti in studi condotti su popolazioni esposte a gravi eventi traumatici: in questi gruppi non si assiste necessariamente a condizioni di marcato malessere psicologico, o addirittura di disturbi mentali manifesti, con la sola eccezione dei disturbi post-traumatici da stress, che peraltro riguardano solo una piccola percentuale della popolazione, caratterizzata da particolari fattori di rischio (aver sofferto di gravi lesioni fisiche, aver sperimentato un senso imminente di morte, aver assistito alla morte, soprattutto violenta, di persone care, ecc). Esempio a questo fine un'ampia ricerca condotta da due autorevoli psichiatri statunitensi nei 6 mesi successivi all'attentato alle torri gemelle dell'11 settembre 2001, un evento epocale di rara gravità e di potenziale massimo impatto psicologico (Rosenheck REF). Gli autori hanno confrontato l'utilizzo di un ampio numero di servizi di salute mentale pubblici in 40 città americane, a cominciare da New York City, nei 180 giorni successivi all'attentato, con i 180 giorni precedenti: al contrario delle stesse attese dei ricercatori, non è emerso alcun aumento nell'accesso ai servizi di salute mentale, né ambulatoriali né ospedalieri, nei mesi post-attentato, ivi inclusa la popolazione di New York City.

Insomma, a far male spesso non è la "quantità" di stress a cui si è esposti, bensì il modo in cui esso viene processato mentalmente (*mind-set*). Situazioni stressanti possono infatti fornire opportunità di crescita e di cambiamento: si tratta della cosiddetta '*post-traumatic growth*' (chiamata anche '*adversative growth*') discussa in un contributo appena pubblicato su JAMA (Olson et al., 2020): questa comprende 5 dimensioni: sviluppo di relazioni interpersonali

più profonde, apertura a nuove possibilità, maggiore percezione di forza personale, maggior importanza per la dimensione spirituale e maggior apprezzamento della vita stessa. È quanto in campo clinico si osserva in molti casi di pazienti con malattie tumorali, nei quali l'accertamento di una malattia grave comporta una ridefinizione dell'importanza delle varie 'aree' o dimensioni che compongono il costrutto 'qualità della vita' (Fitzpatrick, 2018). Gli autori dell'articolo di JAMA opportunamente sottolineano che la 'post-traumatic growth' riguarda non solo gli individui, ma anche le organizzazioni: dopo un evento catastrofico, un'organizzazione ben funzionante dovrebbe apprendere delle lezioni ed innovare, a partire da queste, i propri stili organizzativi e comunicativi. Si tratta di una lezione quanto mai fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale: sarà in grado di introdurre tutti i cambiamenti resi necessari dall'esperienza drammatica di questi mesi? Sapranno i professionisti del SSN adeguarsi alle nuove sfide?

Gruppi ad alto rischio di morbidità fisica e psichica

Mentre vanno interpretati con cautela i dati, provenienti da fonti disparate (e spesso metodologicamente molto deboli), relativi alla popolazione generale, vanno invece considerati con la massima attenzione due gruppi ad alto rischio di morbidità psichica: sono rappresentati da coloro che hanno sofferto di un lutto complicato e dai pazienti ricoverati in terapia intensiva o rianimazione, ad elevato rischio di morte. Nel primo caso, sono a tutti noti i tanti casi di familiari che non hanno potuto né assistere un proprio caro ospedalizzato, e poi deceduto, né organizzare le esequie del congiunto: è noto che, al di là dei molteplici significati umani e spirituali, le esequie rappresentano anche la maniera socialmente accettata di elaborare simbolicamente un lutto (Maitra, 2020). Per quanto riguarda i tanti pazienti COVID+ ricoverati in rianimazione, una condizione di grave pericolo per la propria vita, emblematicamente rappresentata da un ricovero in un reparto di rianimazione, rappresenta uno dei primari fattori di rischio

per il disturbo post-traumatico da stress. Si tratta quindi di sottogruppi ad alto rischio, per i quali andrebbero pianificati interventi preventivi e di supporto adeguati.

Un recente, importante contributo, basato sull'analisi di enormi dataset elettronici (61 milioni di persone, 360 ospedali e 317.000 erogatori di servizi sanitari negli USA), ha inoltre dimostrato che persone con disturbi mentali sono a rischio molto più elevato di contrarre l'infezione da coronavirus, con valori di *Odds Ratio*, nel confronto con la popolazione generale, pari a 7,6 (IC 7,4-7,8) nel caso della depressione e 7,3 (IC 6,6-8,1) nel caso della schizofrenia; anche il tasso di morte era, in questi due gruppi clinicamente selezionati, doppio rispetto alla popolazione di confronto (Wang et al., 2020).

Suicidi

Non è possibile stimare oggi se la pandemia, con il conseguente *lockdown* e le pesanti implicazioni sociali ed economiche che quest'ultimo ha avuto, abbia prodotto aumenti nel tasso di suicidi (ed in quello relativo ai comportamenti suicidari, quali i tentativi di suicidio): la pubblicazione delle statistiche ufficiali relative ai suicidi ha un *gap* temporale di almeno un anno e mezzo rispetto al momento in cui l'evento ha avuto luogo. Per stimare quindi l'impatto complessivo della pandemia sui tassi dei suicidi in Italia bisognerà attendere almeno la fine del 2021.

Tuttavia, è possibile affermare con certezza che vi è una correlazione tra tassi di disoccupazione, recessione economica e tassi di suicidio: in tal senso la pandemia, con le conseguenze che ha già avuto e potrebbe avere in futuro in termini di perdita di posti di lavoro e di impoverimento per ampi strati di popolazione, potrebbe determinare un aumento nei tassi di suicidio. Uno studio inglese ha stimato infatti in circa 10.000 l'eccesso di morti per suicidio registrato in Europa e Nord America negli anni 2008-2010 a seguito della grande recessione economica di quel periodo (Reeves et al., 2015). Su questa base Ettman et al. (2020) hanno ipotizzato un possibile incremento dei tassi di suicidio dopo la pandemia causato dalle gravi

problematiche economico-finanziarie createsi e dalle ripercussioni che queste potranno avere sui livelli occupazionali ed il benessere delle famiglie.

Il ruolo dell'informazione e la 'risk communication'

Come affermato dal Direttore Generale dell'OMS Ghebreyesus, la pandemia ha generato anche una parallela "infodemia". Questa è caratterizzata da un massivo carico di informazioni, in cui le informazioni accurate e scientificamente corrette si mescolano a notizie false, a disinformazione e a teorie cospirazioniste, mescolando quindi verità, verità parziali e falsità (Larson, 2020; Editorial, 2020). Alcune ricerche recenti hanno inoltre mostrato una correlazione tra la quantità di tempo trascorsa in contatto con vari tipi di mass-media (TV, social media, giornali, ecc) durante la pandemia e condizioni di malessere psichico (Liu & Liu, 2020; Hossain et al., 2020): l'essere esposti cumulativamente a notizie, racconti, descrizioni (vere, parzialmente vere o false) di un evento stressante come questo aumenta il rischio di soffrire emotivamente. Le autorità di sanità pubblica dovrebbero quindi mettere in guardia la cittadinanza da un'eccessiva esposizione alle notizie veicolate dai media circa la pandemia.

L'infodemia si è concretizzata anche in un numero incredibilmente elevato di pubblicazioni sottomesse a riviste scientifiche o a server di *preprint*, che spesso non hanno consentito alcun reale avanzamento delle conoscenze (Casigliani et al., 2020; Schillinger et al, 2020). Nel caso poi degli articoli pubblicati su server di *preprint*, si tratta di articoli non passati attraverso un'ordinaria *peer-review*, che possono quindi mettere in circolazione dati o notizie di dubbia validità, come è accaduto ad esempio nel caso dei trattamenti con idrossiclorochina e con plasma di persone guarite, promossi inizialmente proprio attraverso pubblicazioni *preprint* di questo tipo.

I media, peraltro, sono uno dei canali privilegiati attraverso cui promuovere e sostenere i cambiamenti nei comportamenti

individuali necessari in una condizione eccezionale. E i cambiamenti comportamentali richiesti dalla pandemia (distanziamento fisico; mascherine; igiene personale; misure restrittive nella mobilità, ecc) rappresentano una sorta di modello prototipico di un'area spesso sottovalutata nella medicina clinica, ossia come far sì che gli schemi comportamentali individuali e lo stile di vita mutino e si adattino alle necessità del momento. In un articolo di grande importanza apparso di recente su *Nature Human Behavior*, West e colleghi (West et al., 2020) hanno descritto in maniera esemplare la complessità correlata ai cambiamenti richiesti, che coinvolgono una numerosa serie di fattori (preparazione al cambiamento richiesto, persuasione, erogazione di incentivi, coercizione, *training*, restrizione, ristrutturazione comportamentale, uso di modelli comportamentali e abilitazione al cambiamento) dalla cui interazione deriva il raggiungimento o meno dell'obiettivo desiderato. Si tratta delle stesse dimensioni che entrano in gioco quanto chiediamo ai nostri pazienti di smettere di fumare, di cambiare il regime dietetico, di aumentare il livello di attività fisica, di assumere i trattamenti prescritti, ecc. E queste dimensioni sono modulate da 3 variabili centrali: *capacità* (di attuare i cambiamenti richiesti), *opportunità* (di metterli in atto) e *motivazione* (ad adottare i comportamenti richiesti piuttosto che altri). Questo modello riconosce anche l'importanza dell'*imitazione* e dell'adesione a modelli comportamentali condivisi, ed è questo che spiega perché è importante che i cambiamenti desiderati vengano prima di tutto adottati da figure-leader, il cui comportamento è preso a modello.

Come sottolinea Glik (2007) in una splendida review sulla *risk communication*, è la *percezione del rischio*, e non il rischio di per sé, che guida il comportamento degli individui esposti, ed è il rischio percepito che modula i comportamenti protettivi. Poiché tale percezione è largamente costruita sulla base delle informazioni ricevute dai media, ecco perché è cruciale che la comunicazione sia basata su evidenze ottenute con procedure adeguate (come quelle oggi universalmente accettate in campo scientifico), sia chiara,

semplice e riesca a differenziare fatti importanti da quelli non importanti (Glik, 2007). Glik (2007) sottolinea anche che proprio gli eventi di tipo pandemico-infettivo, a causa dell'elevato livello di incertezza ad essi sotteso, fanno sì che le persone tendano a reagire in maniera emotivamente molto 'carica', il che aumenta il rischio di distorsioni cognitive, e quindi di valutazioni e decisioni erranee. Ciascun soggetto a cui sono indirizzati i messaggi dovrebbe ricevere le informazioni necessarie, comprenderle, capire che il messaggio riguarda anche lui/lei, comprendere che si è a rischio se non si adottano adeguati comportamenti protettivi, identificare le azioni da mettere in atto, ed essere in grado di farlo (Glick, 2007). Si tratta quindi di una complessa sequenza di passaggi percettivi, cognitivi e comportamentali, ciascuno dei quali può ostacolare l'adozione dei comportamenti desiderati.

Affinché i messaggi inviati dalle autorità interessate siano accettati e condivisi, è indispensabile che le istituzioni siano in grado di creare un clima di fiducia (*trust*) verso le decisioni adottate. Ma la fiducia (*trust*) viene incrinata da una serie di fattori, tra i quali Covello et al. (2001) citano i seguenti: disaccordo tra gli esperti, mancanza di coordinazione tra gli enti preposti alla gestione del rischio, scarsa sensibilità da parte delle autorità competenti circa la necessità di un effettivo dialogo, ascolto e partecipazione pubblica, riluttanza a riconoscere il rischio, riluttanza a condividere o rivelare informazioni in maniera tempestiva ed irresponsabilità o negligenza nell'assunzione delle proprie responsabilità. È superfluo aggiungere che tutte queste variabili, in misura maggiore o minore e variabile nel corso del tempo, sono state all'opera nel corso della recente pandemia in tutti i paesi teatro dell'evento.

Conclusioni

Come si è cercato di dimostrare in questo breve contributo, le problematiche psicosociali e di sanità pubblica emerse nel corso della pandemia da coronavirus sono non meno rilevanti ed urgenti di quelle strettamente cliniche e biologiche e modulano l'ampiezza e la gravità con cui queste ultime si manifestano. Allo scopo di analizzare in maniera standardizzata come questo complesso intreccio di variabili si manifestano nei vari paesi, l'Ufficio Europeo dell'O.M.S. ha avviato una consultazione in 26 paesi europei, dal titolo *"Monitorare la conoscenza, la percezione del rischio, i comportamenti preventivi e la fiducia ('trust') per un'efficace risposta alla pandemia"* (si veda <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/risk-communication-and-community-engagement/who-tool-for-behavioural-insights-on-covid-19>).

Ai paesi già inclusi nell'indagine si è aggiunta di recente l'Italia, con tre enti partecipanti (IRCCS Fatebenefratelli, Istituto Superiore di Sanità e AUSL di Modena): grazie al supporto di una fondazione, la Doxa invierà ad un panel nazionale stratificato per sesso, età, occupazione e area geografica di residenza il questionario sviluppato e testato dall'O.M.S.: le informazioni che deriveranno da questo studio forniranno elementi di conoscenza significativi per meglio orientare le risposte di sanità pubblica alle sfide poste dalla pandemia. ●

 **Bibliografia**

- Amanullah S, Ramesh Shankar R. The Impact of COVID-19 on Physician Burnout Globally: A Review. *Healthcare (Basel)*. 2020 Oct 22;8(4):E421. doi: 10.3390/healthcare8040421. PMID: 33105757.
- Brøgger J, Nystad W, Cappelen I, Bakke P. No increase in response rate by adding a web response option to a postal population survey: a randomized trial. *J Med Internet Res*. 2007 Dec 31;9(5):e40. doi: 10.2196/jmir.9.5.e40. PMID: 18174120; PMCID: PMC2270416.
- Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health*. 2020 Oct;8:100144. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100144. Epub 2020 Sep 17. PMID: 32959031; PMCID: PMC749445.
- Casigliani V, De Nard F, De Vita E, Arzilli G, Grosso FM, Quattrone F, Tavošchi L, Lopalco P. Too much information, too little evidence: is waste in research fuelling the covid-19 infodemic? *BMJ*. 2020 Jul 6;370:m2672. doi: 10.1136/bmj.m2672. PMID: 32631897.
- Chmitorz A, Neumann RJ, Kollmann B, Ahrens KF, Öhlschläger S, Goldbach N, Weichert D, Schick A, Lutz B, Plichta MM, Fiebach CJ, Wessa M, Kalisch R, Tüscher O, Lieb K, Reif A. Longitudinal determination of resilience in humans to identify mechanisms of resilience to modern-life stressors: the longitudinal resilience assessment (LORA) study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Jul 18. doi: 10.1007/s00406-020-01159-2. Epub ahead of print. PMID: 32683526.
- Covello VT, Peters RG, Wojtecki JG, Hyde RC. Risk communication, the West Nile virus epidemic, and bioterrorism: responding to the communication challenges posed by the intentional or unintentional release of a pathogen in an urban setting. *J Urban Health*. 2001 Jun;78(2):382-91. doi: 10.1093/jurban/78.2.382. PMID: 11419589; PMCID: PMC3456369.
- Editorial. The COVID-19 infodemic. *Lancet Infect Dis*. 2020 Aug;20(8):875. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30565-X. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32687807; PMCID: PMC7367666.
- Ettman CK, Gradus JL, Galea S. Invited Commentary: Reckoning With the Relationship Between Stressors and Suicide Attempts in a Time of COVID-19. *Am J Epidemiol*. 2020 Nov 2;189(11):1275-1277. doi: 10.1093/aje/kwaa147. PMID: 32696066; PMCID: PMC7454280.
- Fitzpatrick T. *Quality of Life Among Cancer Survivors: Challenges and Strategies for Oncology Professionals and Researchers*, Springer Verlag 2018.
- Glik DC. Risk communication for public health emergencies. *Annu Rev Public Health*. 2007;28:33-54. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123. PMID: 17222081.
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 7 maggio. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020). https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-22-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-gestione-dello-stress-lavoro-correlato-negli-operatori-sanitari-e-socio-sanitari-durante-lo-scenario-emergenziale-sars-cov-2.-versione-del-7-maggio.
- Hossain M.T, Ahammed B, Chanda SK, Jahan N, Ela MZ, Islam M.N (2020) Social and electronic media exposure and generalized anxiety disorder among people during COVID-19 outbreak in Bangladesh: A preliminary observation. *PLoS ONE* 15(9): e0238974. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238974>.
- Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Saya GK, Menon V. Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020 Aug 11;293:113382. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113382. Epub ahead of print. PMID: 32829073; PMCID: PMC7417292.
- Larson HJ. A call to arms: helping family, friends and communities navigate the COVID-19 infodemic. *Nat Rev Immunol*. 2020 Aug;20(8):449-450. doi: 10.1038/s41577-020-0380-8. PMID: 32616908; PMCID: PMC7331910.
- Liu C, Liu Y. Media Exposure and Anxiety during COVID-19: The Mediation Effect of Media Vicarious Traumatization. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 30;17(13):4720. doi: 10.3390/ijerph17134720. PMID: 32630054; PMCID: PMC7370076.
- Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020 Sep;291:113190.

doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32563745; PMCID: PMC7276119.

Maitra A. Medicine and Grief During the COVID-19 Era: The Art of Losing. *JAMA Intern Med.* 2020 Oct 26. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.5635. Epub ahead of print. PMID: 33104160.

Maitra A. Medicine and Grief During the COVID-19 Era: The Art of Losing. *JAMA Intern Med.* 2020 Oct 26. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.5635. Epub ahead of print. PMID: 33104160.

Olson K, Shanafelt T, Southwick S. Pandemic-Driven Posttraumatic Growth for Organizations and Individuals. *JAMA.* 2020 Oct 8. doi: 10.1001/jama.2020.20275. Epub ahead of print. PMID: 33034630.

Reeves A, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S, Barr B, Stuckler D. Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. *Eur J Public Health.* 2015 Jun;25(3):404-9.

Rosenheck R, Fontana A. Use of mental health services by veterans with PTSD after the terrorist attacks of September 11. *Am J Psychiatry.* 2003 Sep;160(9):1684-90.

Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, Rossi A. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open.* 2020 May 1;3(5):e2010185.

Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020 Jul 6;16(1):57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w. PMID: 32631403; PMCID: PMC7338126.

Schillinger D, Chittamuru D, Ramírez AS. From "Infodemics" to Health Promotion: A Novel Framework for the Role of Social Media in Public Health. *Am J Public Health.* 2020 Sep;110(9):1393-1396. doi: 10.2105/AJPH.2020.305746. Epub 2020 Jun 18. PMID: 32552021; PMCID: PMC7427212.

Truell AD, Bartlett JE 2nd, Alexander MW. Response rate, speed, and completeness: a comparison of Internet-based and mail surveys. *Behav Res Methods Instrum Comput.* 2002 Feb;34(1):46-9. doi: 10.3758/bf03195422. PMID: 12060989.

Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry.* 2020 Oct 7. doi: 10.1002/wps.20806. Epub ahead of print. PMID: 33026219.

West R, Michie S, Rubin GJ, Amlôt R. Applying principles of behaviour change to reduce SARS-CoV-2 transmission. *Nat Hum Behav.* 2020 May;4(5):451-459. doi: 10.1038/s41562-020-0887-9. Epub 2020 May 6. PMID: 32377018.

Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1;277:55-64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001. Epub 2020 Aug 8. PMID: 32799105; PMCID: PMC7413844.

Spunti per la riorganizzazione ospedaliera post-covid: imparare dalla pandemia

Valerio Verdiani

Direttore Medicina Interna,
Ospedale Valdelsa (Siena)

Non vi è dubbio che l'emergenza COVID ci ha trovato impreparati, non solo per ciò che riguarda la pandemia vera e propria quanto per quel che è stata la *sindemia* COVID-19 (R. Horton, www.thelancet.com, september 2020) vale a dire l'impatto globale biologico e sociale che essa ha avuto sull'organizzazione sanitaria e sulla popolazione generale. In questo articolo, tralasciando gli aspetti legati alle Terapie Intensive, concentreremo la nostra attenzione su ciò che è avvenuto in Area medica con il fine di trovare qualche spunto utile per il futuro.

Che cosa è successo

✘ **L'inizio** All'inizio furono i reparti di malattie infettive. Il senso di questa frase era legato alla logica che essendo la COVID-19 una malattia dovuta ad un virus, i malati dovessero essere seguiti e curati dagli infettivologi. In realtà questo approccio doveva far fronte a due grossi problemi: da una parte il numero di posti letto disponibili, essendo quelli specialistici infettivologici di gran lunga insufficienti a soddisfare l'enorme flusso di malati che pervenivano ai Pronto Soccorso, dall'altra il fatto che la malattia COVID-19

colpiva duramente l'apparato respiratorio creando quadri di grave insufficienza respiratoria. Era pertanto necessario l'intervento di specialisti pneumologi per gestire e trattare la malattia. Si crearono spazi comuni dove infettivologi e pneumologi collaboravano. Ma anche questo non risultò sufficiente. Mentre ci si affannava a cercare ventilatori e personale per gestirli, un numero crescente di malati stava sopraggiungendo negli ospedali.

✘ **La tracimazione** In breve tempo si è assistito ad una vera e propria tracimazione verso le Medicine Interne. Sebbene nelle reiterate trasmissioni televisive, nelle testate giornalistiche, nelle parole dei cosiddetti "esperti" (spesso estranei ai reparti di degenza) nelle laboriose frasi di amministratori e politici, si sia mai detto questo, nei fatti l'80% dei malati COVID risultava ricoverato nelle Medicine Interne e gestito dagli internisti (A. Mazzone. *Quotidiano Sanità*, novembre 2020). E quando i letti delle Unità di Medicina Interna si stavano esaurendo furono convertiti quelli delle Unità specialistiche d'organo con una flessibilità del sistema organizzativo

fino ad allora sconosciuta. Gli internisti si trovarono pertanto a dover fronteggiare un quadro nuovo e complicato. C'era di buono che la visione olistica e le competenze multidisciplinari facilitarono la gestione dei pazienti più fragili e con comorbidità. E nello stesso tempo le competenze tecnologiche, per fortuna in molti casi già abbondantemente acquisite, sia per l'ecografia al letto del paziente sia per la ventilazione non invasiva davano un enorme contributo al trattamento di questi pazienti. Ma l'elemento probabilmente più positivo in tutto questo è stata la capacità di lavorare in maniera multidisciplinare. I vari specialisti intervenivano per la loro competenza creando con umiltà ed efficacia quella che è stata la vera cogestione del malato.

✘ L'imbuto Purtroppo, indipendentemente dalla collocazione, diversi pazienti sono deceduti, ma molti sono guariti e tornati a casa. Per diversi pazienti però si poneva un altro problema: stavano meglio ma non in condizioni tali da essere completamente dimessi dal servizio sanitario mentre altri non potevano essere dimessi per problemi sociali. Queste problematiche hanno realizzato l'effetto imbuto. Avevamo cioè creato una grande capacità di accoglienza, ma nulla era cambiato in uscita. E questo faceva mancare letti disponibili per chi ne aveva effettivamente bisogno.

I pazienti no-COVID

Ma cosa ne è stato dei pazienti no-COVID? I dati a nostra disposizione dicono che durante il picco pandemico vi è stata una significativa riduzione di ricoveri ospedalieri e di visite specialistiche. Tre sono le possibili spiegazioni:

- 1) una precedente sovrautilizzazione di visite e ricoveri
- 2) un miglior trattamento domiciliare (medici di medicina generale, televisite, self-management)
- 3) mancanza di ricovero necessario.

Se fossero vere le prime due ipotesi non dovremmo avere ricadute in termini di peggioramento clinico e mortalità. Mancano al momento dati italiani strutturati sulla

reale mortalità di pazienti no-COVID. Esiste però un report inglese che confrontando il numero dei decessi non attribuiti al COVID durante il picco della pandemia con la media dei decessi degli ultimi 5 anni nello stesso periodo, ha evidenziato un eccesso di mortalità di quasi 10.000 persone, avvenuto per lo più al proprio domicilio (Fig 1). Un'analisi eseguita nell'ASL Toscana Sudest riguardante tutti i reparti di Medicina Interna delle province di Siena, Arezzo e Grosseto ha rilevato una riduzione del 23,6% di ricoveri ospedalieri no-COVID nel periodo marzo-aprile 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019. Tale riduzione è apparsa maggiormente marcata negli ospedali periferici (o di prossimità) lasciandoli vuoti in taluni casi fino al 50% della disponibilità letti. Tramite la valutazione dei DRG si è visto che la riduzione dei ricoveri è stata principalmente a carico delle condizioni croniche (che richiedono ricovero durante le riacutizzazioni) (*Ufficio Gestione, ASL Toscana Sudest, 2020*). Nella regione Toscana i ricoveri per scompenso cardiaco nei primi 5 mesi del 2020 sono stati 728 in meno rispetto allo stesso periodo del 2019 (*P.Francesconi, B.Bellini, ARS Toscana 2020*).

Quali spunti per la riorganizzazione ospedaliera di area medica post-COVID

L'analisi per quanto sommaria di quanto avvenuto dovrebbe farci trovare spunti per una migliore riorganizzazione e distribuzione delle risorse una volta cessata la pandemia.

✘ La flessibilità Abbiamo visto come sia possibile cambiare rapidamente funzione a posti letto in ragione dei bisogni richiesti. Ciò è avvenuto per motivi di emergenza, ma dovremmo fare tesoro di questo. Anche la progettazione di nuovi ospedali dovrebbe considerare questo aspetto, in parte già realizzato con i nuovi ospedali concepiti secondo l'"intensità di cura". Dovremmo pensare ad aree mediche non più separate da muri (e non solo strutturali), ma ampie zone dove possano accedere malati indipendentemente dal loro quadro clinico acuto (farebbero eccezione particolari

situazioni quali l'infarto acuto STEMI, lo *stroke*, per le quali predisporre aree flessibili attrezzate). Ciò che è avvenuto per l'emergenza dovrebbe avere un seguito nell'ordinario. Anche perché già da tempo sappiamo come la stragrande maggioranza dei ricoveri è legata a pazienti più anziani e con multiple morbidità, dove l'evento acuto singolo è solo una parte del problema. Il ricovero in singole unità specialistiche d'organo appare superato.

✘ La cogestione Durante la pandemia abbiamo assistito davvero al concetto di "paziente al centro" fino ad allora restato più una teoria che un fatto. Infettivologi, pneumologi, internisti e gli specialisti di altre discipline intervenivano sul singolo

malato ciascuno per le sue competenze, andando oltre quella che fino a ieri era la singola semplice consulenza.

Abbiamo visto esperienze dove tutti gli specialisti vedevano il malato ogni giorno, anche più volte al giorno, una volta acquisita la richiesta per quel malato, facendosi carico interamente della problematica per cui erano stati chiamati. Gli specialisti d'organo o di apparato hanno dimostrato che una volta liberati dalle mura della propria struttura di appartenenza erano in grado di dare il meglio delle loro competenze trovandone anche giovamento professionale. Il fatto che fosse necessario un coordinatore ed una Unità medica a cui fosse assegnato il malato non ha creato elementi di dissidio o problemi.

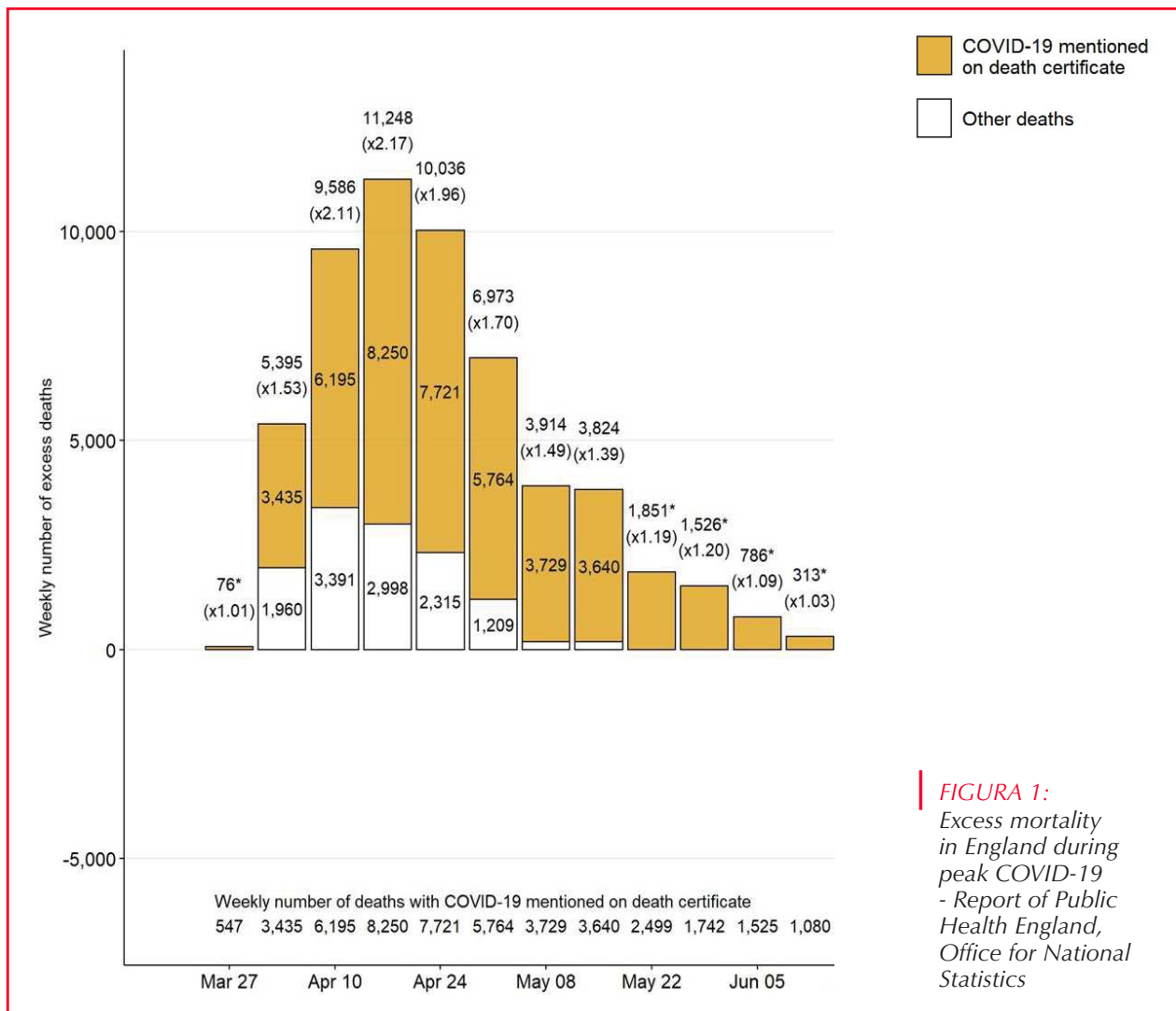


FIGURA 1: Excess mortality in England during peak COVID-19 - Report of Public Health England, Office for National Statistics

✘ **La tecnologia** Durante la pandemia ci siamo tutti quanti (e non solo chi già lo diceva da tempo) resi conto di quanto fosse necessario avere a disposizione macchinari efficienti, facilmente manovrabili, non obsoleti. Si è fatta giustamente risaltare l'importanza dei ventilatori, ma non dobbiamo dimenticare come anche l'ecografia (vascolare, cardiologica, toracica, addominale) al letto di pazienti difficilmente spostabili ha agevolato la diagnostica e di conseguenza il trattamento. Nelle grandi aree mediche dovranno essere presenti letti "High Care" almeno per il 20-30%, vale a dire letti dotati di tecnologia per il monitoraggio dei parametri vitali con relativa centralina di osservazione e controllo. Tale monitoraggio sarà necessario in pazienti complessi, in pazienti necessitanti trattamenti semi-intensivi o in pazienti affetti da una patologia acuta grave, non solo per guidare il trattamento, ma anche per intercettare in anticipo situazioni di potenziale instabilità.

✘ **La competenza** Non può esistere tecnologia senza formazione. Formare medici in grado di utilizzare queste tecnologie sarà prioritario anche una volta passata la pandemia. Saranno necessarie competenze specifiche ma anche competenze generaliste. Ci sarà sempre più bisogno di medici in grado di avere una visione complessiva delle problematiche di ogni singolo malato, di distinguerne le priorità, di coordinarne l'intera assistenza e cura durante la degenza. Le amministrazioni dovranno capire che i medici devono avere a disposizione tempo per formazione e aggiornamento. Solo così potrà essere meglio accettato ciò che in altre parti del mondo è *routine*, vale a dire la rivalutazione periodica delle proprie competenze.

✘ **L'organizzazione strutturale** Già prima della pandemia era rilevante il problema della mancanza di strutture adeguate per pazienti dimissibili da un ospedale per acuti ma non ancora in condizioni tali da poter essere gestito al domicilio. A questo si aggiungevano situazioni di pazienti con grave

disabilità o con problematiche sociali che stazionano negli ospedali in lunghe attese per trovar loro una destinazione. Se questa inappropriata è stata sopportata in tempi normali, essa è diventata una seria criticità durante l'emergenza. Il cosiddetto effetto imbuto ha intasato il sistema. Ecco, quindi, che è necessario fin da subito investire nelle "cure intermedie" realizzando strutture ad hoc o convertendo a questa funzione strutture abbandonate o destinate ad altri usi. È possibile che alcuni presidi cosiddetti periferici possano essere in parte utilizzati a questo scopo.

✘ **Il rapporto con il territorio** L'ospedale deve diventare il più possibile una struttura aperta. Il rapporto con i medici del territorio e, dove presente, con l'infermiere di territorio deve divenire un percorso obbligatorio e possibile anche con mezzi informatici. Per quest'ultimo punto è necessario che le Regioni si impegnino a dotare i professionisti di strumenti informatici che dialoghino tra loro e che si superino le attuali riferite barriere legate alla *privacy* che i sistemi informatici attuali sono in grado comunque di salvaguardare. La telemedicina è un'opzione che abbiamo imparato ad usare durante la pandemia e che non deve essere abbandonata. Se immaginiamo il Servizio sanitario come un radar, i malati cronici non dovrebbero mai uscire dal suo raggio di visualizzazione, cosa che invece attualmente avviene tra una visita e l'altra, tra un ricovero e l'altro. Noi ancora non sappiamo con precisione cosa ne è stato dei malati no-COVID durante la pandemia. È probabile però, per i dati a nostra disposizione, che anche essi abbiano pagato un pedaggio molto alto e per lo più non detto (*L.Rosenbaum. N Engl J Med 382:24, 2020*).

Perché il modello *Hospitalist* può costituire la base per la futura riorganizzazione degli ospedali.

Nel numero di maggio-luglio di *Brescia Medica* del 2019, al quale si rimanda, si spiegava come il "modello *hospitalist*" fosse nato e si fosse evoluto negli Stati Uniti d'America e come presentasse

**FIGURA 2:**

Trasformazione da modello tipo “cubo di Rubik” a modello tipo “otto orizzontale aperto”

elementi verosimilmente utili anche per il nostro sistema sanitario. Nell’articolo si evidenziava nei dettagli la trasformazione da un modello tipo “cubo di Rubik” ad un modello tipo “otto orizzontale aperto” (fig.2) In sintesi, il modello *hospitalist* prevede un superamento delle strutture ospedaliere suddivise in reparti identificati per specialità, la gestione grazie agli interventi di uno o più specialisti d’organo oltre agli interventi delle altre figure sanitarie (fisioterapisti, logopedisti ecc.), il tutto coordinato da un medico specialista in *care ospedaliera* (l’*hospitalist* appunto), con definite competenze, al quale si attribuisce la gestione dell’intero percorso durante la degenza, la scelta delle priorità, la continuità con il medico di fiducia del paziente. Per la sua visione olistica e per le sue competenze generaliste, l’*hospitalist* è in grado di gestire pazienti complessi e affetti da plurimorbilità, sempre più presenti nei nostri ospedali.

In fondo, è ciò che in buona parte è successo nelle grandi aree internistiche formatesi durante la pandemia. ●

Diario di un medico di campagna

 **Germano Bettoncelli**

1 dicembre 2020

■ Alla fine della campagna vaccinale antinfluenzale 2019-20 avevo la certezza che, come da sempre, avrei partecipato alla successiva campagna 2020-21. Evento tipicamente di pertinenza della medicina generale, ormai da anni consuetudine attesa e gradita dalla maggior parte dei pazienti. In febbraio siamo stati travolti dallo tsunami COVID-19. Sei morti tra i miei pazienti solo nel mese di marzo.

■ Il programma della vaccinazione antinfluenzale di consueto coinvolge la popolazione sopra i 65 anni, i portatori di malattie croniche ed altri soggetti a rischio. Per la mia popolazione di 1500 assistiti qualcosa come circa 500 persone.

■ Il 4 giugno il MinSal emana “raccomandazioni per la stagione 2020-2021” circa la “prevenzione e controllo dell’influenza”. Il documento metteva in luce il rapporto con l’altra malattia: COVID-19. La ragione era che l’influenza stagionale e il Coronavirus hanno sintomi simili e ridurre la possibilità di insorgenza dell’influenza nei mesi più

freddi dell’anno significa rendere più facile ai medici la cosiddetta “diagnosi differenziale”, cioè distinguere se il paziente ha un’influenza o ha contratto il COVID. Si suggerisce anche l’opportunità di iniziare più precocemente la campagna, rispetto agli anni scorsi.

■ Questa volta però c’è un problema: dopo la somministrazione del vaccino i pazienti devono attendere almeno 15 minuti, in presenza del medico, per escludere l’insorgenza di possibili eventi avversi. Come evitare assembramenti potenziali cause di contagio da COVID-19? Il mio studio, seppur di 300 m² ma condiviso con altri sei MMG e un PLS non è in grado di fornire tutte le garanzie. Nessuna indicazione operativa, se non generica, da parte di ATS.

■ Da settembre i pazienti cominciano a chiedere quando inizierà la campagna vaccinale e le telefonate si fanno sempre più pressanti, con ulteriore intasamento delle linee, già sovraccariche per la gestione dei pazienti COVID seguiti a domicilio. La risposta è che probabilmente inizieremo da metà ottobre.

■ Nel frattempo, affronto il problema della sede in cui vaccinare. Coinvolgo il Sindaco di Ospitaletto e organizziamo un primo incontro con i medici del paese, la Protezione Civile, La Croce Verde, l’Associazione anziani. Ci incontriamo ancora 4 volte: alla fine si decide di allestire il palazzetto dello sport che dispone di 400 posti a sedere e spazi adeguati a garantire distanziamento, entrate ed uscite in sicurezza. I medici predispongono ciascuno il proprio calendario vaccinale, distribuito in 2 o 3 sedute ciascuna di mezza giornata. Stampiamo manifesti per comunicare alla popolazione sede e calendario. Le mie saranno il 18, il 20 e il 25 novembre.

■ Arrivano i vaccini. Il 22-10: antipneumococcico 20 unità, antinfluenzale 30 unità. Il 28-10 antinfluenzale 20 unità. Il 04-11 antinfluenzale 30 unità. Il 09-11 antinfluenzale 20 unità. I

vaccini antinfluenzali volano via in un lampo somministrati a casa delle persone particolarmente fragili, allettate, compromesse.

■ Il 17-11 mi restano una trentina di antinfluenzali e il giorno dopo aspettiamo al palazzetto dello sport circa 150 persone (convocazioni per lettera alfabetica del cognome). Tensione alle stelle... Il Sindaco tenta pressioni sulla Direzione ATS. Tarda serata del 17-11: arrivano 190 vaccini!!

■ Il giorno 18 prima sessione vaccinale, tutto gira come un orologio: grande soddisfazione della gente, complimenti per l'organizzazione e l'ottimo lavoro dei volontari. Soddisfatto anch'io, sebbene poi mi aspettino cinque ore di studio e la sera un webinar.

■ Nei giorni successivi ancora ansia per l'incertezza della fornitura dei vaccini. Bene, comunque, la seconda sessione il 20, ma la terza, il 25, si interrompe a metà per fine delle scorte. Un po' di gente viene mandata a casa. Mugugni e mortificazione dei volontari e dei medici.

■ Ora annuncio di ulteriore fornitura verso metà dicembre. Dovrebbe riguardare persone con più di 60 anni, malati cronici "giovani", fragili e operatori sanitari. Incrociamo le dita.

■ Intanto sono arrivati i test rapidi. Ma servono veramente? E proprio a Brescia? ●

Perplexi e...confusi*

 **Ottavio Di Stefano**

“Ma quanti pugni presi, oltre che dati! Tanti che al Guglia comincio a suonare la campanella in testa all'improvviso e di combattere sul ring non se ne parlò più per un bel po'!”

Eppure, Guglia era stato campione italiano ed europeo. Aveva dimostrato coraggio indomito, abnegazione, impegno continuo. Non aveva lesinato le ore di allenamento. Molti riconosceranno, in questa descrizione, i loro giorni duri, di quando COVID 19 sembrava incontrastabile.

Alcuni, non tanti per fortuna, sono scesi subito dal ring, terrorizzati o incapaci. Ma i molti medici, infermieri, ausiliari tecnici e tanti altri che hanno combattuto ora si sentono un po' come Guglia.

È un'impressione?

Forse è giusto, naturale, che passato il tempo senza alternative, della fatica, della sensazione, nonostante la quasi impotenza clinica, di indispensabilità, subentri uno stato di tempo sospeso che si avvita fra la speranza di una fine o la paura della fine. Questa quasi normalità riconquistata sembra fragile, precaria, a noi che abbiamo vissuto dentro al dolore, a chi ha patito la malattia, ma forse è così un po' per tutti.

Guglia ha la campanella nella testa e non può farci niente.

Noi no.

Ed anche se costa dobbiamo subito rialzarci approfittando di COVID 19.

Si approfittando.

Perché molte cose che pensavamo, anche

senza ben metterle a fuoco, sono diventate evidenti, chiare come l'acqua.

Il lavorare insieme, il parlarci, che traduce in termini semplici, disarmanti, la necessità dell'integrazione, della comunicazione, della interazione. Insomma, abbiamo imparato che la relazione con il paziente, e fra di noi, non è solo il fondamento moderno del nostro lavoro, ma la prassi con cui si realizza una cura di valore.

Dobbiamo cambiare...sembra il ritornello di un tormentone estivo.

Prima non si poteva. Isorisorse: quante lettere, in cui ci si chiedeva di implementare nuove attività, si concludevano con questa parola magica.

Adesso non vale. Dai media ci arrivano notizie (sembra) di profusione di risorse (soldi) mai viste.

Dai decisori cosa ci aspettiamo? Non slogan, ma studio e progetti, coinvolgendo le teste migliori della nostra comunità. È questa una questione "tecnica", non di acquisizioni di spazi o peggio di potere. Senza l'apporto di chi ci lavora dentro il sistema è pressoché irrimediabile. E, lasciatemelo dire, con cristallina onestà intellettuale da parte di tutti.

Noi vogliamo esserci, ma siamo confusi. Dai piccoli ai grandi scenari, del presente e del futuro.

I vaccini quando? La campagna influenzale?

I test rapidi per chi e dove? Le strutture di diagnosi e stratificazione del rischio per i nuovi casi? Le strutture di degenza per malati acuti e le degenze di sorveglianza? Le dotazioni, in termini di risorse umane e tecniche anche straordinarie, degli studi medici di Medicina Generale e della Pediatria?

Qualcosa è in fieri, ma non c'è più tempo. Bisogna agire con rinnovato e strenuo impegno e con comunicazioni chiare e tempestive.

E il cambiamento del territorio e dell'ospedale che vuol dire ancora progetti ed investimenti quando si avvierà?

I dati recenti, che indicano una ripresa severa dell'intensità della pandemia, destano naturale apprensione. Riaffiora quella sensazione che le settimane con numeri confortanti aveva sopito.

La sensazione che aleggiava dalla paura allo sconforto. La paura di un evento sconosciuto che può colpire noi stessi e i nostri cari e lo sconforto di non sapere come affrontare davvero in maniera efficace e risolutiva la pandemia.

E siamo tutti provati alla ricerca di certezze che non ci sono.

Diventa forte la tentazione di perdersi in critiche a tutto e a tutti, come si sente ossessivamente nei talk show, dove disinformazione e strumentalizzazione fanno sì che tutti siano colpevoli e, quindi, paradossalmente, nessuno.

Errori anche gravi ve ne sono stati ed allora perché non partire proprio da questi per tentare, considerando l'incertezza che, se pur attenuata da maggiore conoscenza scientifica e clinica, domina la nostra azione verso COVID 19, di formulare proposte. Da discutere, da confutare, ma che propongano alternative. Nessuno ha la ricetta in tasca.

Dovremmo guardare, come dicevo, la situazione attuale da due prospettive.

Come affrontare l'emergenza che permane. Cosa ci insegna e ci insegnerà questa vicenda epocale per cambiare quello che deve essere cambiato quando, in un tempo che ora non possiamo prevedere con stime certe, SARS-CoV-2 diventerà solo un monito. Ed ecco allora la nostra "Guida per perplessi" quali siamo. O meglio disincantati e.... freddamente lucidi per non sentire "la campanella nella testa".

Una guida che vuole proporre soluzioni su temi veri, concreti, con analisi e testimonianze. ●

* Prefazione a "Guida per perplessi"
Brescia Medica online

“
Strano, vagare nella nebbia!
Vivere è solitudine.
Nessuno conosce l'altro,
ognuno è solo.”

1 La ballata del pugile suonato di Gianni Brera Book Time 2008.
2 Nella Nebbia Hermann Hesse.

COVID-19: l'esperienza della Svezia



Marta Paterlini

Neurobiologa presso il Karolinska Institute a Stoccolma e giornalista scientifica

La seconda violenta ondata di Coronavirus non sta risparmiando nessuna nazione e la Svezia, un paese di 10 milioni di abitanti, non è da meno.

Nonostante ad inizio autunno sembrasse che il contagio avesse rallentato in modo stabile, tanto che il Governo aveva cominciato ad allentare le poche restrizioni che aveva in atto, il virus invece, qualche settimana dopo il resto d'Europa, ha ricominciato a crescere esponenzialmente: in totale sono stati confermati 6.681 decessi e 243.219 contagi; 220 pazienti sono assistiti in terapia intensiva, occupando il 50% della capacità totale. L'infezione si sta diffondendo molto rapidamente nelle 21 regioni svedesi e in particolar modo nella capitale, la più colpita anche in primavera. A Stoccolma, in un paio di settimane si è passati dall'8,4% al 20,3% di abitanti contagiati. Questi numeri impietosi hanno costretto la Svezia a stringere la morsa per la prima volta da marzo.

Il paese scandinavo è sotto i riflettori internazionali da inizio pandemia, pesantemente criticato per un approccio per molti troppo rilassato. Mentre gran parte dell'Europa ha imposto dall'inizio della pandemia severe restrizioni alla vita pubblica per arginare la diffusione di COVID-19, la Svezia si è distinta per non essersi mai fermata

del tutto e per non avere mai imposto rigide politiche di distanziamento sociale. Invece, ha lanciato misure volontarie basate sulla fiducia e sul *folkvett* traducibile con *buon senso*: ha consigliato alle persone sopra i 70 anni e ai gruppi a rischio di evitare i contatti sociali; ha raccomandato a chi poteva di lavorare da casa, di lavarsi le mani regolarmente, di attuare un distanziamento fisico di due metri e di evitare viaggi non indispensabili. I confini e le scuole per i minori di 16 anni sono rimasti aperti, così come i negozi e molte aziende, compresi ristoranti e bar. La pandemia è gestita dalla Agenzia di Sanità Pubblica (*Folkhälsomyndigheten*) un organismo indipendente, a cui si adegua anche il governo che a sua volta si limita a invitare i cittadini a seguire le raccomandazioni dell'Agenzia.

Ora, il primo ministro in persona, Stefan Löfven, ha deciso di fermare la distribuzione di alcol dopo le 22 e la chiusura di bar e ristoranti alle 22:30, e ha annunciato in una grave conferenza stampa un limite per gli incontri pubblici a otto persone a partire dal 24 novembre, per un periodo di quattro settimane. In precedenza, il limite era compreso tra 300 e 50, a seconda del tipo di evento. Per Löfven "questa è la nuova norma per l'intera società, perché la situazione sta per peggiorare", ha detto alla Nazione.

"Siamo preoccupati perché non ci aspettavamo questo aumento" ha commentato Anders Tegnell, il controverso volto della strategia svedese ed epidemiologo di stato dell'Agenzia di Sanità Pubblica.

In agosto, Tegnell, che ha il 66% del consenso popolare, aveva illustrato tre possibili scenari per i mesi freddi autunnali.

E ora ammette che la situazione sia molto peggio dello scenario peggiore previsto; nonostante sia ancora riluttante a parlare di seconda ondata e continui a dimostrarsi sfavorevole all'uso della mascherina - perché se indossata male è inutile e può costituire un problema economico dato che bisognerebbe cambiarla almeno un paio di volte al giorno.

Sebbene le autorità sostengano che l'aumento del numero di casi possa essere attribuito a un aumento dei test, un recente studio

sulle acque reflue di Stoccolma pubblicato a ottobre dal Politecnico di Stoccolma (Kungliga Tekniska Högskola, KTH) sostiene il contrario. Una maggiore concentrazione del virus nelle acque reflue, scrivono i ricercatori del KTH, mostra un aumento del virus nella popolazione della grande area di Stoccolma (dove vive la maggior parte della popolazione del paese) in un modo del tutto indipendente dai test per il Corona.

Uno studio pubblicato sul JAMA ha evidenziato che la Svezia e gli Stati Uniti sono gli unici paesi a non essere stati in grado di ridurre rapidamente i tassi di mortalità elevati con il progredire della pandemia. Risultati confermati dall'OCSE il cui rapporto *Health at a Glance: Europe* mostra che la Svezia è il peggiore di tutti i 37 paesi membri nel ridurre la diffusione dell'infezione. Secondo i dati della *Johns Hopkins University*, a partire da metà ottobre, il tasso di mortalità pro capite della Svezia è del 58,4 per 100.000 persone, subito sotto l'Italia.

Il Governo svedese e l'Agenzia per la sanità pubblica sostengono che l'elevato tasso di mortalità per COVID-19 in Svezia sia da attribuire ai decessi nelle case di cura, dove le cose sono andate fuori controllo, a causa di carenze nell'assistenza agli anziani. Tuttavia, i critici sostengono che proprio l'elevato tasso di infezione in tutto il Paese sia stato il fattore che ha portato a un numero elevato di persone infettate nelle case di cura.

È un fatto che durante la prima ondata in primavera, le direttive di comportamento ai cittadini siano state blande e i test eseguiti minimi: c'era carenza di dispositivi di protezione per sanitari e ausiliari; i congiunti di persone positive potevano andare a scuola o andare a lavorare e inizialmente venivano testate solo le persone con sintomi gravi ospedalizzate.

Secondo Tegnell gli asintomatici non costituivano una preoccupazione.

In seguito, l'accesso ai tamponi e ai test sierologici è aumentato. Soltanto all'inizio di ottobre, l'Agenzia di Salute Pubblica ha emesso "regole di condotta" non vincolanti per cui le persone con un membro della famiglia risultato positivo per COVID-19

possono restare a casa per una settimana. Ma ci sono grandi lacune in queste regole: non si applicano ai bambini (fino ai 16 anni, l'anno in cui si inizia la scuola superiore) o alle persone con professioni socialmente importanti, come il personale sanitario. Nonostante la virata verso un *testing* più diffuso, il sistema a metà ottobre è andato in tilt e il tracciamento mai veramente implementato. "Ogni settimana battiamo il record sia per il numero di test che per la percentuale di infettati", afferma Claes Ruth, responsabile dei test al *Karolinska University Laboratory*. "La pressione è diventata così forte che la regione è stata temporaneamente costretta a sospendere i test e ora il numero è limitato".

La Svezia è costituita da 21 regioni, che come l'Italia hanno una gestione della sanità indipendente dal Governo centrale. Via via le regioni hanno mandato segni di disagio a Stoccolma, invocando misure più restrittive e segnalando la preoccupazione per gli ospedali e il bisogno di più personale ospedaliero, e fuori dall'ospedale il bisogno di personale per il monitoraggio delle infezioni - tanto che sono stati richiamati medici in pensione.

Con l'aumento esponenziale degli infettati ovviamente sono aumentate le degenze ospedaliere e i posti di terapia intensiva e sempre più ospedali del paese sono entrati nello stato di allerta. Johan Styruud, medico al *Danderys Hospital*, grande ospedale a nord della capitale, e presidente della *Stockholm Medical Association*, testimonia che l'afflusso di pazienti ha continuato ad aumentare nelle ultime quattro settimane. "Si è detto che probabilmente non ci sarebbe stata una seconda ondata a Stoccolma, ma ora ci siamo", ha commentato, affermando che, tuttavia, non è la stessa situazione riscontrata in primavera, perché ora i medici sono più preparati. Uno studio del registro svedese presentato alla fine di ottobre mostra che la mortalità tra tutte le persone assistite in ospedale per COVID-19 è diminuita dal 24,7 al 13,3% tra marzo e giugno, calcolata fino a 60 giorni dopo la diagnosi. Nello stesso periodo, il tasso di mortalità tra le persone assistite con l'aiuto della terapia intensiva è sceso dal 36 al 20 per cento. Anche il

Karolinska University Hospital, il più grande ospedale del paese che ha curato il maggior numero di pazienti COVID-19 durante la prima ondata, è rientrato a pieno regime COVID-19.

“È molto preoccupante, afferma Björn Persson, direttore del reparto di terapia intensiva presso *Karolinska* “ma il tempo medio di cura è più breve”.

La tempesta COVID-19 si è abbattuta violentemente sulla sanità svedese, anche se ha retto forse meglio che in altri paesi a detta di molti medici, che hanno avuto il vantaggio temporale di qualche settimana per ricevere i primi protocolli clinici dai medici italiani. Marzia Palma, un'oncologa del *Karolinska University Hospital*, ritiene che la gestione della pandemia dal punto di vista sanitario sia stata finora abbastanza funzionale, ma accoglie con favore le nuove restrizioni. “Adesso ci sentiamo sovraccarichi perché non possiamo più rimandare e mettere a repentaglio la diagnosi, il trattamento e il *follow-up* di altre malattie” afferma.

Il personale sanitario svedese è ancora stremato dalla prima ondata, molti ora sono stati contagiati e in tutto il paese si cerca di aumentare la forza lavoro”.

Le terapie intensive hanno retto nonostante la situazione svedese non fosse tra le più brillanti alla partenza. All'inizio degli anni Novanta la Svezia era ben equipaggiata. Era anche un periodo in cui la Svezia era più attrezzata per le emergenze per via della Guerra Fredda. La posizione geografica della Svezia vicina all'Ex-Unione Sovietica giocava un ruolo importante in questo. A fine Guerra Fredda il numero di posti di terapia intensiva sono diminuì lentamente, fino ad arrivare a 5,8 posti letto su 100,000 abitanti alla vigilia della pandemia, tra i più bassi d'Europa. L'Italia ha 12,5 unità di terapia intensiva ogni 100.000 abitanti, cioè più del doppio della Svezia. Solo il Portogallo ha meno posti della Svezia.

“Le recenti restrizioni imposte dal Governo erano necessarie” ha commentato Björn Eriksson, direttore della Sanità per la Regione di Stoccolma. “I numeri sono preoccupanti e il personale sanitario è al suo limite e vogliamo assolutamente essere un passo avanti al virus e avere il tempo di implementare nuove unità

se e dove sarà necessario e credo che lo potremmo fare all'interno degli ospedali”. Per affrontare l'emergenza a marzo fu costruito in due settimane l'ospedale da campo di *Älvsjö*, dove sta la Fiera di Stoccolma, pronto all'inizio di aprile con 600 posti COVID-19 tutti dotati di ossigeno.

Dopo un mese, fu smantellato senza essere mai entrato in funzione, scatenando molte polemiche. Eriksson, all'epoca, aveva sottolineato che il lavoro era stato fatto secondo il motto di “sperare per il meglio ma prepararsi al peggio”; volevano sicurezza, in modo che nessuno nella regione fosse completamente privo di cure mediche. Tuttavia, le critiche non si sono placate, poiché, se alle porte di Stoccolma c'era un ospedale da campo attrezzato per la terapia intensiva, altrove molti anziani morivano in isolamento con cure palliative senza ricevere ossigeno.

Secondo molti c'erano tutte le opportunità per le attività geriatriche, ma allo stesso tempo nella regione venivano adottate le linee guida per cui gli anziani negli ospizi dovevano essere assistiti in loco per non sovraccaricare le cure mediche di emergenza. Secondo una indagine del principale quotidiano svedese, *Dagens Nyheter*, solo il 13% degli anziani residenti che sono morti con COVID-19 durante la primavera ha ricevuto cure ospedaliere, secondo le statistiche preliminari del *National Board of Health and Welfare* rilasciato ad agosto.

Dagens Nyheter ha pubblicato un'indagine in ottobre che mostra che ai pazienti a Stoccolma è stata negata l'assistenza a causa di queste linee guida.

Anche se le autorità della Agenzia di Salute Pubblica hanno sempre negato, c'è chi ha sempre visto nella strategia svedese l'intenzione di creare l'immunità di gregge. Ad aprile, l'Agenzia aveva previsto che il 40% della popolazione di Stoccolma avrebbe avuto COVID-19 e avrebbe acquisito anticorpi protettivi entro maggio. Secondo gli studi sugli anticorpi dell'Agenzia pubblicati a settembre, per i campioni raccolti fino alla fine di giugno, la cifra effettiva per i test casuali degli anticorpi è solo dell'11,4% per Stoccolma, del 6,3% per Göteborg, le due maggiori città, e del 7,1% in media in tutta Svezia, rivelando

come l'immunità di gregge fosse ancora un miraggio. Dal mondo medico-scientifico le critiche non sono mancate come dimostrano numerosi articoli pubblicati da scienziati svedesi. Sul quotidiano Dagens Nyheter, in una prima lettera, 22 medici e scienziati svedesi di fama internazionale nei loro rispettivi campi avevano dichiarato già in aprile che l'azione dell'autorità sanitaria era da considerarsi un fallimento. Questi 22 ricercatori hanno costituito un gruppo che riporta regolarmente dati per confutare le scelte dell'Agenzia di Salute Pubblica. ●

 **Sitografia**

- <https://www.icuregswe.org/data--resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/>
- <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4508>
- <https://experience.arcgis.com/experience/09f821667ce64bf7be6f9f87457ed9aa>
- <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01098-x>
- <https://www.kth.se/en/aktuellt/nyheter/avloppsvatten- visar-stor-okning-av-covid-19-i-stockholm-1.1016275>
- <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771841>
- <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/85e4b6a1-en/index.html?itemId=/content/component/85e4b6a1-en>
- [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31672-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31672-X/fulltext)
- <https://vetcov19.se/en/>

Riflessioni di un geriatra a un anno dall'inizio della pandemia

 **Renzo Rozzini**
Fondazione Poliambulanza
Istituto Ospedaliero

Abbiamo bisogno di storie per salvarci in questo 2021. Nel 2020 hanno trionfato le statistiche e i decreti, le norme e le regole. Cose necessarie. Ma per salvarci abbiamo bisogno di esperienze, racconti e persino poesia. Per vivere e affrontare il dramma abbiamo bisogno di senso.

p. Antonio Spadaro S.I.

Quasi dodici mesi dall'inizio della pandemia si sentono, si è un po' più provati e con qualche preoccupazione in più non intravedendone l'immediata fine e sentendo invece sempre più intensamente le sue ripercussioni, sanitarie e sociali. Della malattia (COVID-19) si conosce molto: si è scoperta la causa (SARS-

CoV-2) e la sua infettività, quali i sintomi e quando si manifestano, i fattori di rischio, si può prevedere l'esito con minore incertezza; dei farmaci disponibili si conosce la grandezza dell'efficacia; dei pazienti che hanno superato la malattia sono state studiate le possibili conseguenze (funzionali, respiratorie, cardiologiche, emotive, cognitive). Si è trovato il vaccino in tempi impensabilmente rapidi ed è iniziata la vaccinazione, che sarà lunga.

Di questi argomenti se ne parla in corsia, sulle riviste mediche, sui giornali scientifici, sui media, ma anche dal panettiere, dal farmacista o dal droghiere: la discussione (il cui lessico e contenuti sono generosamente forniti da "specialisti dell'epidemia") è ubiquitaria.

I pazienti

Alle sette e faccio il pre-giro letti con la caposala, reparto COVID.

- ✘ Il paziente del 3b, pur in miglioramento, dice di temere di essere alla fine;
- ✘ La paziente del 9b è tuttora inquieta, non ha dormito tutta la notte, è agitata, ha cercato più volte di scendere dal letto scavalcando le sponde di protezione.
- ✘ Il paziente del 12a quando è stato ricoverato si alzava dal letto autonomamente e da due giorni, dopo l'ultima puntata di febbre non è più in grado di farlo.
- ✘ Il paziente del 19b da ieri non mangia e tossisce ogni volta che deglutisce un po' d'acqua. I familiari "virologi", ieri sera al telefono hanno voluto conoscere i "parametri".
- ✘ Il 20a da due giorni non ha notizie della moglie, pure ricoverata in un altro ospedale, e chiede di averne.

Nel *meeting* delle otto ogni medico fa una sintesi dei nuovi entrati, riferisce di chi è ricoverato da tempo e dei programmi di dimissione; si parla di saturazione di ossigeno, di NIV, maschera di Venturi, tamponi, dosi di steroide e di eparina.

Ci si lamenta che le cose non stanno andando come si vorrebbe, cioè secondo le nostre "naturalmente giuste" convinzioni, e delle colpe (degli altri): del laboratorio, del pronto soccorso, della guardia notturna, della radiologia, del medico di famiglia, della regione, dell'ATS, della direzione operativa... Gli aspetti rilevati con la caposala vengono marginalmente toccati nella riunione. Poco, o troppo poco, si approfondisce la sofferenza del paziente, la sua angoscia, le risposte da dare, il valore che la comunità attribuisce ai vecchi, alla loro vita, alla loro salute, che non è determinata dai soli aspetti biomedici, ma più frequentemente da aspetti psichici e sociali.

"Riuscirò a superare la malattia, a tornare come prima, rientrerò a casa, non sarò un rischio per i miei familiari, oppure: perché i familiari non mi vogliono a casa, cosa temono, allora sono realmente un peso per loro e la mia attuale positività al COVID-19 è solo il pretesto per dare luogo a scelte che avevano rassicurato non avrebbero mai fatto?".

Le morti da COVID-19

In Italia il bilancio dei decessi da COVID-19 è di circa 80 mila (quasi 400.000 negli Stati Uniti e circa 2 milioni nel mondo). La morte ha colpito prevalentemente i pazienti anziani: il 50% delle vittime ha più di 82 anni, l'80% più di 75, il 99% più di 50 anni. L'infezione da nuovo coronavirus nei pazienti longevi ha una letalità unica: da sempre le persone anziane muoiono di polmonite, ma la prognosi della polmonite da SARS-CoV-2 è la peggiore di quelle precedentemente conosciute. Gli anziani in molte RSA sono stati decimati. In diversi paesi i decessi nelle RSA rappresentano la percentuale maggiore delle morti totali: 75% in Australia, 72% in Canada, 57% in Belgio, 59% in Spagna.

I dati provenienti da più di venti nazioni con presenza significativa di strutture residenziali per anziani (RSA) dicono che queste sono responsabili di più

di un terzo dei decessi da COVID-19, sebbene in genere ospitano meno del 2% della popolazione. Solo negli Stati Uniti, le vittime ricoverate nelle Nursing Home superano i 125.000.

COVID-19 ha svelato la vulnerabilità delle persone e come la vecchiaia sia il principale fattore di rischio di un esito sfavorevole, mostrando allo stesso tempo e in modo brutale come la stessa malattia possa associarsi a una mortalità diversa in persone diverse in relazione all'età (negli adulti, negli anziani e nei molto anziani); oggi possiamo prevedere a quale livello di gravità la malattia COVID-19 prevalga sullo "stato di salute premorboso" nelle diverse fasce di età, è più facile prevedere che una polmonite dovuta a Sars-Cov2 che induce ARDS moderata (paO2/FiO2 tra 100 e 200) abbia un impatto diverso se il paziente è disabile o no, con 3 o 6 comorbidità (e se queste sono lievi, moderate o gravi), con o senza demenza, ecc.

L'epidemia ha riportato infine i medici di fronte alla realtà della morte (*"la cessazione irreversibile di funzioni circolatorie e respiratorie"*) da tempo tenuta lontano dalla riflessione quotidiana o almeno ordinaria.

Noi geriatri, avendone consuetudine, sappiamo cosa significhi morte e morire.

Agli inizi della pandemia presuntuosamente abbiamo pensato che il peso psicologico della morte non ci potesse toccare; ma la letalità della malattia e la realtà delle morti del personale di assistenza ha imposto che considerassimo anche la possibilità che ci potesse riguardare, di interiorizzare questa comprensione. Una cosa è riconoscere la morte degli altri e un'altra accettare la nostra. Non è stato solo emotivamente faticoso; ma difficile perfino da concepire. Fare questo ha significato immaginarlo, fare i conti con esso e, cosa più importante, personalizzarlo; pensare al senso della nostra vita, alla nostra morte.

È naturale chiedersi se sia stato fatto tutto il possibile affinché i pazienti fossero adeguatamente trattati anche di fronte ad una prognosi sfavorevole, se si siano

sentiti tutelati oppure abbiano creduto di essere abbandonati perché marginali.

Gli anziani e le morti da COVID

"Dal 10 aprile al 10 maggio, dodici suore della congregazione di San Felice da Cantalice sono morte di COVID-19. A giugno, una tredicesima sorella è morta dopo aver contratto il coronavirus. Hanno lavorato e vissuto insieme in un convento del Michigan: alcune per più di mezzo secolo, molte insegnando nelle scuole superiori, ciascuna con una varietà di interessi rivolti alla comunità".

"In meno di due settimane, otto sorelle cattoliche sono morte per malattie legate al COVID-19 in una casa di riposo del Wisconsin, una perdita straziante che ha evidenziato i rischi di infezione nelle RSA, nonostante si stato affermato di aver preso precauzioni contro l'infezione. Le suore Rose M. Feess, 91 anni, e Mary Elva Wiesner, 94, educatrice religiosa e liturgista, sono morte il 9 dicembre. Suor Dorothy MacIntyre, 88 anni, è morta l'11 e suor Mary Alexius Portz, 96 anni è morta due giorni dopo, domenica 13. Le suore Joan Emily Kaul, 95 anni, Lillia Langreck, 92, e Michael Marie Laux, 90, sono morte lunedì. Suor Cynthia Borman, 90 anni, è morta martedì".

"Dopo decenni di servizio, cinque suore sono morte di COVID-19 in convento alla periferia di Milwaukee, una residenza per suore anziane in pensione dopo aver passato la vita a prendersi cura degli altri. Erano educatrici, insegnanti di musica e attiviste della comunità al servizio instancabile di coloro che vivono in povertà".

Sono notizie tratte da tre articoli dei numerosi sulla pandemia pubblicati sul New York Times negli ultimi mesi. Sebbene la maggior parte delle persone morte di COVID-19 nel 2020 siano anziani non c'è stata ancora una sufficiente riflessione sugli effetti presenti e futuri dell' "anno del COVID-19" nella nostra società e nella nostra cultura. (La mente dovrebbe andare agli anni '80, al vuoto culturale lasciato dalla perdita della generazione di artisti e intellettuali gay di talento falciata dall'HIV/AIDS. Allora,

in un paio d'anni, morì praticamente un'intera generazione di gay. Molti di loro non solo producevano arte e cultura, ma erano anche il pubblico appassionato che quella cultura aveva alimentato). Che vuoto lascia la perdita della generazione di persone nate appena prima o durante la Seconda guerra mondiale che hanno concorso al *boom* economico del paese, alla costruzione del nostro benessere, del nostro servizio sanitario, che hanno frequentato l'università negli anni sessanta preparando il '68? Molti di queste donne e uomini non solo hanno contribuito a produrre la sicurezza e la ricchezza del mondo in cui viviamo, ma sono stati attivi nella crescita della democrazia e del nostro stato sociale.

Negli anni più recenti c'è stata una ingiustificabile mancanza di pensiero di fronte alla vera rivoluzione avvenuta nelle nostre società, cioè la presenza massiccia degli anziani come mai nella storia dell'umanità. Le risposte date, anche sanitarie, sono state prevalentemente congiunturali o emergenziali, ma lontane dalle domande di fondo: cosa vuol dire una comunità in cui gli anziani abbiano il loro posto? Che caratteristiche deve avere la sanità del territorio, come deve essere l'ospedale in cui gli anziani affollano le corsie? Nella società i vecchi sono la parte più debole, quella che non può imporre, ma solo accettare lo spazio loro concesso; per vivere gli anziani hanno più bisogno degli altri: lo stato di dipendenza cresce con gli anni. Con il COVID-19, più di 60.000 ultrasettantacinquenni sono morti in meno di un anno. Persone umili e superbe, persone interessanti e noiose. Scomparse.

Come sarà la nostra comunità senza questi anziani? Cosa deve fare la comunità per chi è rimasto?

La casa della Memoria

Durante la messa celebrata al cimitero Vantiniano, riservata ai familiari delle vittime della strage compiuta 46 anni fa il vescovo di Brescia Pierantonio

Tremolada ha dato inizio alla giornata di commemorazione della Strage di Piazza della Loggia avvenuta il 28 maggio 1974, pronunciando queste parole: «In questa giornata mi preme ricordare le vittime del COVID-19 e i martiri della strage di Piazza della Loggia. In questi momenti capiamo cos'è una città e ne cogliamo l'anima e il cuore».

Nella stessa occasione il sindaco ha detto: «La nostra città oggi è più povera, e più fragile. Dobbiamo ancora contare i nostri morti, ed è un vuoto che non si può colmare. Si può, si deve invece ricordare: questa vicenda ha avuto una dimensione unica nella nostra storia, dal dopoguerra a oggi, e dobbiamo farne memoria, non possiamo rimuoverla superficialmente. Né possiamo affrontarla come una riflessione sul passato, perché siamo ancora immersi nella pandemia: non è solo un ricordo». Ricordare: come? «Non penso che la strada sia quella di un monumento tradizionale: serve un segno urbano che sia frutto della creatività di molti». «Sono scomparsi alcuni dei protagonisti della storia di Brescia, alcune delle personalità che più l'hanno arricchita nello sport, nella cultura e nel sociale. E sono perdite pesantissime». È necessario, per chi rimane, «raccolgere il testimone che ci è stato lasciato e riprendere il cammino interrotto: serve un percorso di ricostruzione che non è fisica, ma comunitaria: ci sono vuoti da colmare e ferite da rimarginare, c'è, soprattutto, una memoria da coltivare».

Per ricordare gli 8 morti di piazza Loggia a Brescia molti anni fa nacque la Casa della Memoria coll'evidente desiderio e la necessità di coinvolgere e di sensibilizzare la società e di far conoscere l'importanza di una riflessione sulla storia e gli avvenimenti passati, affinché diventasse strumento per affrontare il tempo presente. L'esperienza della Casa della Memoria si situa al crocevia di alcuni tra i temi "costituenti" (e quindi "generativi") di ogni società - memoria, convivenza, giustizia, democrazia -, temi rispetto ai quali essa

ha finito per essere un cuore pulsante di pensiero “nuovo”, un polmone ossigenante di educazione, la scaturigine vitale di un’esperienza di giustizia e di democrazia senza pari.

Insomma: un esempio.

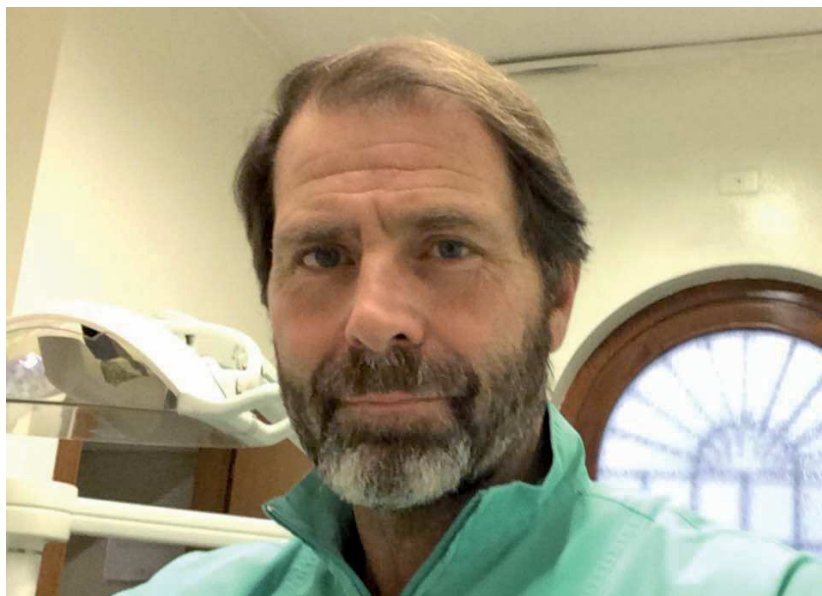
Possiamo trarre un insegnamento da quell’esperienza e applicarla all’attualità delle morti da COVID-19 come sindaco e vescovo potrebbero indicarci? Non possiamo ora sapere se il periodo post- COVID-19 sarà caratterizzato dalla presenza di un vento fresco di cambiamento, da una messa in discussione di abitudini e prassi desuete che portino verso un “mondo migliore”. Non abbiamo forse noi il dovere di costruire una “Casa della Memoria” non per otto morti, ma per più di 60.000 anziani, per una medicina che necessariamente non sarà più quella di prima? La medicina dovrà fare i conti non solo con la sua significanza nel periodo della pandemia, con quanto sia stata in grado di tutelare la salute dei suoi pazienti più vecchi, ma soprattutto con la sua capacità di testimonianza collettiva - la sua capacità di indicare il senso del suo esistere.

La crisi post-COVID-19 impone una riflessione sulle strade da prendere non solo per riscattare le tante morti, ma per produrre atti concreti e strutturali di riconoscimento e tutela per tutta la popolazione fragile.

Per evitare di finire risucchiati dal cinismo che la crisi pandemica porterà con sé, col rischio di perpetrare l’esclusione dell’interesse verso gli anziani, le cui vite apparirebbero effimere, si deve concretamente indicare la direzione di senso che orienti “civilmente” i nostri comportamenti; nel territorio e negli ospedali occorrono scelte pragmatiche a favore degli anziani che non siano la ripetizione di ciò che conosciamo già. ●

Lettera del Presidente Luigi Veronesi

Cari Colleghi, si apre con questo intervento il capitolo finale del mio quinto mandato elettivo, quindici anni volati e al tempo stesso se analizzati: lunghi, laboriosi ed intensamente premianti. Iniziai il mandato poco prima della tempesta Bersani, la proposta della chiusura degli Ordini e la perdita di valore legale delle lauree. Oggi abbiamo rincanalato nel letto dell'etica e della deontologia la *deregulation* della professione cara alle società di capitali, come Ordine siamo divenuti e rimasti "ausiliari" ministeriali recuperando il ruolo centrale, dovuto, ad un Ente costituito da addetti ai lavori, capaci e conoscitori profondi della realtà professionale. Le lauree continuano ad essere ope legis determinanti per l'accesso all'esame di Stato, prodromo indispensabile per l'iscrizione ad Albi ed Ordini. La pagina bianca della comunicazione ordinistica si è riempita di 163 eventi culturali e centinaia di interventi su quotidiani, radio ed emittenti locali nella costante ricerca di un'inedita comunicazione al mondo. Abbiamo conquistato, anche, la firma del Presidente CAO sul tesserino di iscrizione all'Ordine per gli odontoiatri, primo Ordine



in Italia ad ottenerlo. Un percorso che, anche un insoddisfatto pessimista come il sottoscritto, non potrebbe definire meno che brillante. Tante le battaglie, molti i confronti con la componente medica, infiniti gli scontri con realtà inseritesi nel mondo odontoiatrico e regolarmente piegate al rispetto del Codice deontologico, mai come in questi anni purtroppo chino sulle richieste di Stato, lasciando all'intraprendenza e conoscenza legale dei Presidenti provinciali, spesso isolati, i percorsi da adottare. Da qui l'impegno personale nella Commissione nazionale, proprio nello spingere ed esaltare la vicinanza nazionale alle periferie

provinciali. Fortuna, sempre utile se al proprio fianco, a parte, e tanto invece il lavoro e molti gli anelli recuperati lasciando oggi una situazione posta su una corrente tranquilla, ma ancora tutta da disegnare.

La nostra professione, quella odontoiatrica, istituita con la legge 409 del 1985, ha trasformato quello che era una specialità del ventaglio medico in una professione a sé.

Ci sono voluti 35 anni per arrivare, finalmente, ad essere considerati maggiorenni e poterci dotare di un Ordine o in alternativa un'indipendenza di Albo posta all'interno del medesimo Ordine con i

medici. Una pagina bianca, ancora tutta da scrivere, una tela che andrà, se non completata, quantomeno impostata bene. Saranno da inventare: indipendenza, rappresentanza esponenziale e legale, indipendenza economica e gestionale delle risorse tutto in una delicata e certamente non facile trattativa con la componente medica. Andranno scritte regole e applicazioni delle stesse, commisurate alle realtà della nostra professione che, diversamente da quella medica, è per oltre l'80% costituita da libera professione. Andranno identificate delle modifiche al Codice deontologico, per omogenizzarle alle indicazioni legali di Stato, un esempio: la legge differenzia le direzioni sanitarie se odontoiatriche o mediche, limitando ai primi un impegno singolo e non esprimendosi sui secondi. Anche nelle contribuzioni societarie ENPAM sono poste differenze da riequilibrare. In breve, un passaggio storico che segnerà il futuro prossimo della professione per tanti anni a venire. Quali quindi le competenze e quali le peculiarità per tali modifiche? Personalmente dopo 15 anni e 5 mandati ritengo sia arrivato il momento di ritornare alla mia botte e passare la mano, lasciando ad altri il controllo di una professione che tende ad approdi da me non condivisi e prima che qualcuno abbia la sconsiderata deduzione che la mia passione per la causa sia motivata da interessi

personali, passo dalla parte di chi guarda e giudica. È giunta l'ora che qualcuno provi a misurarsi con l'impegno di essere presente su tutti i tavoli professionali, osservato e valutato.

La mia attenzione in questi ormai tanti discorsi annuali è sempre stata per i giovani colleghi e non verrà meno nemmeno questa volta, anche senza microfono e tristemente senza una platea.

Sono e saranno tanti i dubbi e gli impegni con i quali dovrete confrontarvi. Poche e sfumate le risorse universitarie offerte per fronteggiare il mondo del lavoro. Scoprirete che anche le terapie insegnate nei corsi universitari non sempre sono applicabili nel quotidiano, dove realtà economiche sociali ed evoluzioni tecniche faranno sembrare i libri di testo fuori tempo, come usare l'italiano della Divina Commedia per comunicare sui social. Il mondo corre e bisogna correre tanto per rimanere allo stesso posto, per questo occorre aggiornarsi, sapere e informarsi e le regole del gioco non sono meno importanti del gioco stesso, ecco perché da anni diciamo che non sia possibile catapultare nel mondo professionale giovani assolutamente privi di qualunque nozione regolamentaria che governi la professione. E così direzioni sanitarie proposte come merce di scambio per lavorare, a chi senza alcuna cognizione in materia, aprono a procedimenti disciplinari per sbigottiti colleghi sotto i trent'anni e a contenziosi

medico legali che minano la carriera ancor prima di incominciarla.

A chi la risoluzione del problema, di chi la responsabilità del problema? Gli Ordini sono e auspicabilmente saranno presenti sempre, disponibili a riempire gli spazi del sesto anno del corso di laurea, pronti ad accogliervi anche dopo la laurea con corsi ed incontri, ma innanzi tutto dovrete voi avere la consapevolezza che prima di scendere in campo occorre conoscere le regole del gioco, prima di impugnare bisturi e turbine bisogna sapere cosa, quando e come le cose si possano, si debbano o non debbano fare.

Il terreno sul quale si muove la professione non è certo quello di trent'anni fa quando io e chi ancor prima di me ha iniziato a calpestarlo, e se un tempo poteva essere sostenuta una cultura medica povera in conoscenze legali e deontologiche, oggi il successo di una terapia, purtroppo, passa attraverso l'attenta scelta delle parole usate nel consenso informato, nella *privacy* e nelle tante carte che vanno firmate e fatte firmare, più che dalla bontà della terapia stessa.

Una realtà dove regole fondamentali, vedi per esempio la legge Gelli sulla responsabilità professionale, restano in uno *stand by* drammatico in attesa di decreti attuativi fondamentali e mai arrivati, lasciando le professioni con il fianco scoperto ad assalti legali spesso pretestuosi e temerari. La professione odontoiatrica

da tempo immemore è attraversata da invasioni barbariche che sotto differenti vesti, ma con il medesimo fine, si alternano e si susseguono da oltre 40 anni, nel tentativo di spostarci dal centro direzionale.

La funzione degli ordini è stata sino ad oggi il fronteggiare interpretazioni balzane di leggi prive dei corretti riferimenti etici e deontologici. Si cominciò con la guascona figura dell'abusivo, tutta italiana, che con improbabili postazioni in periodi di effettiva penuria di specialisti, da praticone cavava e metteva denti con tecniche approssimative e pericolose, ma allora la professione girò la faccia dall'altra parte. Queste illegali figure compensavano una sproporzione fra domanda ed offerta favorendo il tollerare di un'attività, di fatto, illecita e pericolosa.

Al cambiare dei numeri, ovvero all'aumento spropositato del numero degli esercenti l'odontoiatria degli anni '80, è iniziata la caccia alle streghe e le figure che un tempo erano tollerate divennero il nemico numero uno. Quarant'anni di guerre sul campo ed in parlamento per ottenere, poi, una legge che avesse in sé i crismi della deterrenza, ma ormai il barbaro aveva cambiato veste e si era riciclato sotto forma di società.

Società di capitali, spesso uninominali con direttori sanitari compiacenti, assolutamente ignari della gravità del loro operato, reclutati fra giovani in entrata

nella professione e anziani ormai prossimi all'uscita dalla stessa. Società facili da identificare, ma sempre difficili da smantellare, per le scarse armi attribuite agli ordini ed il garantismo legale che spesso si trasforma in maglie troppo larghe per setacciare e bloccare le irregolarità. Negli ultimi tempi, grazie ad un sapiente, quanto artefatto sistema di interpretazioni della legge Bersani, abbiamo visto grandi capitali riversarsi sotto forma di società nella nostra professione, diluendo nel mare magno creato anche le società già presenti e proponendo un sistema alternativo alla libera professione. Sistema, cari Colleghi, che ha invaso università, associazioni ed opinione pubblica che un po' alla volta hanno cominciato a credere e pensare che quello, capitalistico, fosse l'inevitabile futuro agevolandone l'insediamento anche nel presente.

Credo di poter dimostrare, e chi mi segue da anni lo sa, di essermi sempre messo di traverso, di aver dipinto questo panorama con luci fosche e presagi più che negativi.

Mi sono forse sbagliato? Ho sentito e visto solo io gli effetti nefandi avuti sulla qualità dell'odontoiatria italiana, sulla credibilità della professione e sulle frodi perpetrate ai danni di pazienti, dall'avvento di queste società?

Il sistema è semplice, conosciuto ed è giusto che si sappia: una società di capitali si costituisce innanzi al notaio che recepisce la legittimità

della stessa costituita da persone non in odore di mafia e con relativi capitali sociali, mai superiori ai 10000 euro. La società si iscrive alla Camera di Commercio dichiarando un'attività odontoiatrica e richiedendo un codice ATECO non spettante, ma che la stessa Camera di Commercio senza alcuna verifica concede. La società apre una struttura, assolutamente in *leasing*, richiede autorizzazione all'apertura e ATS verifica le caratteristiche strutturali della stessa senza entrare nel merito di quale sarà il ruolo della società nella professione, il tutto è garantito dal direttore sanitario, che non sempre ha i titoli per farlo, ma questa è un'altra pagina, in parte risolta con la collaborazione di ATS. La società fattura ai pazienti e l'Agenzia delle Entrate non cavilla su come e chi emetta fattura, non è compito dell'Erario verificare la legittimità della fatturazione, è compito della Magistratura. La Magistratura si esprime, ma solo nei casi che approdino nelle Aule dei tribunali e anche quando si arrivi, dopo anni ed anni, alla sentenza in Cassazione, la stessa non fa giurisprudenza e le leggi anche se scritte vengono disattese.

Si richiede che le terapie vengano saldate o per buona parte pagate con l'ausilio di società di prestito al consumo, che con "comode rate" semplificano il peso del debito, prima della messa in opera della terapia.

I media amplificano le qualità autoreferenziali di tali strutture con la pubblicità, i

costi vengono abbattuti e la concorrenza ai professionisti classici è vinta per affidabilità, professionalità e costi.

Cosa accade poi quando il castello di carta fatto di bei colori, sorrisi e testimonial che si scappellano innanzi a tanta genialità si scopre che l'intraprendenza di questi guru aziendali ha prodotto centinaia di milioni di debiti? Inutile perdere tempo a spiegarlo, tutti in ginocchio: società di *leasing*, fornitori, personale, medici e con il cerino ancora acceso in mano i pazienti. Dov'era Federconsumatori quando il sottoscritto chiamava, scriveva e chiedeva incontri per denunciare quanto stesse accadendo? Dov'era la Regione Lombardia quando il sottoscritto tuonava allo scandalo della società di Lady dentiere e delle convenzioni con service all'interno di ospedali del territorio? Cosa fa la Politica innanzi alle sentenze della Cassazione civile (n.21015 del 23/8/2018) che dal 2018 chiarisce: *le società di capitale non possono pretendere pagamenti, ergo fatturare, nell'ambito delle attività proprie delle professioni?*

Oggi mettiamo insieme tutte le esperienze e concludiamo nel difficile tentativo di aprire gli occhi al mondo, almeno quello professionale. Società sta per attività aziendali riferibili a realtà che necessitano di capitali tali da essere, gli stessi, perno fondamentale per l'allestimento di un prodotto da vendere. Laddove, quindi, il peso dell'azienda supera

quello dell'attività dell'uomo la società è necessaria e quindi lecita.

Cosa accade però quando l'attività preponderante sia il capitale intellettuale umano e non economico? Nasce la professione, quello che nel lontano, ma non superato buon senso del 1946, ha dato vita agli Ordini professionali. Realtà protette, autodisciplinate, rispondenti al Ministero di riferimento e dotate di sistemi di controllo in entrata e in attività dei professionisti obbligatoriamente ad essi iscritti.

Come è possibile allora oggi sentire continuamente parlare di società?

La pezza posta per sanare il *gap* fiscale fra società e professione, costituita dalle STP (Società Tra Professionisti) è l'epifenomeno della deregulation che la cultura societaria ha prodotto anche all'interno della nostra professione. Nel lontano 2000, quindi 20 anni fa, il Garante sulla concorrenza, scatenando ilarità nei professionisti, sentenziò che tali attività (professionali) dovessero essere ricomprese nelle attività di aziende perché cedute, parimenti a queste, a titolo oneroso. Oggi non mi sento più tanto di sorridere vedendo che lentamente, ma inesorabilmente, il concetto si sia materializzato nell'aver concepito società fra professionisti, nell'intento tutto onesto di fronteggiare il peggio, le SRL, ma di fatto cadendo nella trappola creata ad arte venti anni fa. Ci convinciamo della

correttezza di un'attività (STP), che abbia certamente sistemi di vigilanza, in territorio etico, con benefici fiscali, ma pur sempre società. Il bello, poi, è quando queste società, STP, sono uninominali. Perché il bello? Perché mi domando che senso abbia fare una società (comunione di più persone tese alla realizzazione di un fine) da soli. Questo è il primo passo verso la legittimazione della sentenza del Garante, prima riportata, non solo siamo assimilabili ad aziende, oggi vogliamo divenire aziende, e la professione?

Una volta che tutti ci saremo trasformati in società, quale la funzione degli Ordini? Perché mantenerli in vita? **Capirete bene che da ordinista convinto, io ritenga questo l'inizio della fine, che non possa condividere tali scelte inghiottite dalla maggior parte dei colleghi, specie giovani, dalle Associazioni professionali e, temo, da buona parte dei colleghi presidenti che, diversamente da me, vedono luce dove io vedo buio, e quindi ritengo sia arrivato il momento di lasciare il passo ad altri e stare a guardare, sperando, questa volta, di aver torto.**

Lo scenario è quello del cavallo di troia. Pensavo che la pubblicità fosse il cavallo, ritengo invece oggi che fosse l'esca per aprire le porte e lasciare entrare il cavallo che partorisce nella notte la convinzione della bontà di reagire all'invasione delle società esterne alla professione, costruendone altre interne per contrastarle, trasformandoci così un po'

alla volta proprio in ciò che dovremmo combattere. **Ci stiamo perdendo il privilegio di essere professione per rincorrere il presupposto maggior guadagno, attenzione bene "presupposto", dato dall'elusioni fiscali, divenendo società, trasportando su di un terreno a noi, a me, poco favorevole del commercio e dell'industria quanto dovremmo, invece, in quello della deontologia ed etica.**

In breve, andiamo a combattere su un territorio a noi ostile con soldati che, temo, presto non avranno più l'occasione di guardare indietro. Cassandra è divenuta sinonimo di portatrice di sventure, ma se analizziamo la storia, era l'unica ad aver capito la catastrofe e, forse, se ascoltata avrebbe risparmiato "infiniti lutti agli Achei".

Che sia questo mio, il medesimo ragionamento di Cassandra? Non so, chiedo solo che resti nei verbali del tempo questa mia considerazione, e rivalutata fra alcuni anni. Considerate che fra le varie profezie che mi sono permesso di rendere alla professione vi erano: modifica dei procedimenti disciplinari, poi avvenuto, programmazione dell'aggiornamento professionale con crediti, poi avvenuto, ruolo sanzionatorio degli ordini sulla vigilanza ECM, poi avvenuto, rischi della deriva legata alla pubblicità, poi avvenuto, interpretazione della Bersani correlata alla Bolkestein, sostenuta dal sottoscritto ancora nel 2006. Oggi guardando oltre la siepe, quindi non a soluzioni

subitane e semplici, come la vela che segue raffiche passeggere per l'ebbrezza di correre, per trovarsi poi su rotte lontane dalla meta, mi sento di suggerire una barra salda verso approdi visibili e conosciuti.

Oggi passo la mano, 15 anni, 5 mandati provinciali, 11 anni da Coordinatore regionale delle CAO lombarde e 3 di consiglio nazionale con la partecipazione al tavolo dei 25 per la predisposizione delle linee guida italiane sulla fase 2 dell'emergenza covid19 per l'odontoiatria. Un impegno che a Brescia non ha pari nel passato e ritengo difficilmente lo avrà anche nel futuro, sono più che sufficienti per sentirsi con la coscienza medica in pace, ritengo di aver fatto la mia parte e di averla fatta ben più che nel vigilare un bidone di benzina e potermi oggi dedicare con serenità alle sopraggiunte necessità personali. La speranza è che nel dopo di me si comprenda, si rispetti e si preservi il ruolo e la funzione di un Ente che solo per gli ignoranti e i disonesti resta una zavorra.

Ripeto e concludo, le associazioni, i cenacoli e le società scientifiche possono scegliere di operare su orizzonti brevi, è legittimo e strategicamente sostenibile, ma qualcuno deve sapere intuire cosa vi sia dietro la montagna, percepire il tracciato oro geografico di ciò che non sia a vista, per decidere se i binari devono attraversare, scavalcare o aggirare la montagna per arrivare alla meta. Tale visione può materializzarsi

solo attraverso un attento, profondo e sofferto studio del Codice deontologico, delle leggi sulla materia e, fondamentalmente nel calarsi nel ruolo di medico, nella figura che il malato vuole vedere nel medico che, a mio avviso, mal si para con una società di capitali, perché così e solo così tale figura potrà sperare e pretendere di riconquistare il centro dell'universo professionale. L'esperienza covid19 ci ha mostrato come il sacrificio dell'uomo e donna medico, non della scienza in astratto, siano stati amati e considerati dai cittadini del mondo, quanto i dettami del Codice messi in pratica abbiano aperto ad una visione nuova e al tempo steso antica, ancestrale della figura del medico dimostrando che alcuni valori, quando profondi, radicati e perseguiti restino indelebili nel tempo. La legge Lorenzin richiede garanzie di genere, di rappresentanze generazionali e di ricambio; bene a Brescia abbiamo anticipato, sicuramente primi in Italia, con l'aiuto, la condivisione ed il sostegno della componente medica diversi dettami contenuti in una legge che personalmente ritenevo e ritengo già in atto dal momento in cui è stata pubblicata in Gazzetta ufficiale e lascio, come detto, serenamente il palcoscenico professionale all'alternanza, sperando che rimanga nella memoria non tanto il breve e conciso atto finale, ma i 15 che hanno preceduto l'inchino, nella speranza di vedermi da voi promosso.

Accendendo il motore dell'auto alla mattina, atto dato del tutto per scontato, ricordiamoci che qualcuno ha favorito il passaggio dal carretto trainato da animali all'accensione di un mezzo, magari elettrico che possa uscire da solo dal garage, con la temperatura impostata e portarci a destinazione anche autopilotata. C'è molto lavoro dietro tutto ciò che troviamo quotidianamente, per lo più portato avanti da chi mosso dall'esempio dell'aquilone ha compreso che, per volare alto, bisogna correre sempre controvento.

Ringrazio tutti coloro che fattivamente hanno collaborato nel rendere possibile questo percorso, anche quelli che hanno solo osservato mentre si combatteva in prima linea, ognuno ha fatto quanto nelle proprie corde e possibilità. Ai due Presidenti di Ordine con i quali ho collaborato in questa meravigliosa lunga esperienza: il dott. Mancini, prima ed il dott. Di Stefano poi, va un abbraccio speciale e infinito, perché hanno saputo vedere, capire e fondamentalmente fidarsi di un giovane, divenuto sul campo un non più giovane, innamorato dei temi dell'etica e della deontologia. Grazie ai tanti Consiglieri del Consiglio direttivo con i quali ho condiviso le attività ordinistiche, perché molto ho imparato sul mondo della medicina e del territorio. Un grazie particolare lo riservo per il dott. Bortolami insostituibile aiuto e vero motore dei palinsesti culturali di questi 15 anni, fido amico

e sicuro sostegno in tutte le battaglie ed ai colleghi che si sono cimentati con me nella gestione di Albo in queste cinque tornate. Un grazie ancora va a tutto il personale ordinistico che so per certo mi abbia voluto bene prima ancora che supportato e a voi che mi avete ascoltato e letto nei tanti articoli apparsi sul Brescia medica e non solo, perché nulla è maggiore del privilegio di avere una platea che ti ascolti.

Grazie, infine, per il sostegno avuto dai tanti che mi sono stati vicino per tanto tempo e per i quali sarò sempre presente e finalmente addio ai pochi, che spero almeno in buona fede, non mi hanno apprezzato. ●

I medici bresciani che scrivono al tempo del COVID

La pandemia ha colpito duramente il territorio bresciano e la comunità medica (e in generale gli operatori sanitari) è stata in prima linea sia durante la cruenta prima fase (nella quale la nostra provincia insieme a poche altre è stata quasi travolta) che durante la seconda fase, interminabile e non ancora conclusa. Accanto agli sforzi clinici, organizzativi, di ricerca (su PubMed si contano oltre 400 lavori scientifici pubblicati da ricercatori bresciani) alcuni hanno sentito il bisogno di testimoniare quanto vissuto e di pubblicarlo, per rendere memoria di uno sforzo che non ha pari nella memoria recente. O anche semplicemente scrivere per rompere il silenzio, per gettare lo sguardo “oltre” nei momenti in cui l’orizzonte sembrava soffermarsi all’angusto spazio di un reparto o di un ambulatorio.

Ci piace in questo numero di Brescia Medica presentare alcune delle opere pubblicate, senza la pretesa di farne una recensione analitica, ma con lo scopo di rendere ragione di un impegno di riflessione, di analisi, di testimonianza che può essere utile a tutta la comunità medica e non solo. Brescia è stata tra le prime città ad essere colpite dalla gigantesca onda della pandemia dopo la prima fase “cinese”. È stata di esempio ad altri per l’organizzazione sanitaria e per il modo in cui la società civile e religiosa ha affrontato la crisi. Abbiamo la speranza che anche ora possa essere di esempio per come possono essere affrontate e superate le complesse problematiche che la pandemia lascia e lascerà per molto tempo. Questi scritti, nella loro diversità, ci offrono interessanti occasioni di riflessione.

Francesco Puccio¹ ha curato il volume **“Il coraggio e la passione. Brescia e il COVID-19”** (Marco Serra Tarantola ed, 2020), pubblicato con il sostegno della Fondazione Spedali Civili di Brescia. Il libro raccoglie le testimonianze di 60 operatori sanitari (hanno scritto medici e infermieri, volontari, dirigenti amministrativi, esponenti della società civile e religiosa) che, dal proprio punto di vista e con

la propria sensibilità, narrano i drammatici giorni della prima ondata della pandemia che ha colpito in modo particolare la nostra città e i nostri ospedali. Lo scopo del libro è quello di contribuire affinché ciò che hanno vissuto gli ospedali, gli ambulatori, le case di riposo della nostra provincia non sia dimenticato. Oggi viviamo un momento in cui alcuni vorrebbero dimenticare ciò che è stato vissuto, quasi che questo ci aiutasse a superare le attuali difficoltà, oppure negarne addirittura la verità! Per questo il racconto ha non



solo il valore di testimonianza di una storia vissuta, ma anche di monito e di insegnamento per il futuro. *“Ritornano in molte testimonianze il valore*

¹ Già direttore del Dipartimento di Chirurgia dell’ospedale di Desenzano; Presidente dell’Associazione “Un Medico X te”

di queste relazioni di fiducia, dove il rimanere al proprio posto - come e quando si può, anche da lontano, anche da malato - diventa atto relazionale condiviso, energia di speranza, che ... sviluppa impegno fisico e morale per se stessi e per gli

altri... "Insieme ce la possiamo fare". Questa idea forte di comunità coesa, non piegata dalla prova, ma rinsaldata dalla fatica comune è una testimonianza per il futuro. Il ricavato della vendita del libro sarà devoluto alla associazione

"Un Medico X te", fondata nel 2018, che si basa sulla disponibilità di medici ad offrire a titolo gratuito assistenza sanitaria, umana e relazionale a persone disagiate. ●

Claudio Cuccia² pubblica "**Respiri. Racconti dall'isolamento**", una raccolta espressione del progetto «Ospedale, luogo di cura e di cultura», dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia. Il parallelo con Orano raccontata da Camus nella "Peste" ci introduce alla serie dei racconti che compongono il volume e il ripetersi degli eventi è straordinario "La storia è la stessa, le tensioni le stesse... il racconto è il medesimo, e gli stessi sono i protagonisti e la ricerca di un senso". Difficile cogliere il senso quando si vive una tragedia, ma ugualmente "allora come ora, bisognava

2 Direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia

non star fermi, non chiuder gli ambulatori e gli ospedali... al solo scopo di tentare di far del bene". Aver vissuto quei momenti in prima persona, in qualsiasi ruolo, ma più di altri il sanitario in prima linea, ha avuto il significato di tener fede ad un dovere, ad un giuramento, ad un compito che ha segnato la storia professionale e a vita di ognuno. "...Per noi medici, per chi c'era, per chi non si è nascosto, per chi ha dato, è stato l'inizio perfetto di una vita professionale (beati i giovani!), o il suo giusto epilogo (beati pure i vecchi!)...". Al volume hanno contribuito scrittori che, con taglio diverso, hanno cercato di focalizzarsi non sulla malattia, ma sul sentire delle persone, "per rompere l'isolamento", per continuare



a riflettere, per testimoniare un evento tragico con tono, per quanto possibile, leggero. Nel libro, edito da "L'arca di Scholè - Ed Morcelliana", per ora disponibile in formato e-book (presto lo sarà anche in formato stampa), troviamo racconti di Claudio Cuccia, Gian Luca Favetto, Antonio Pascale, Walter Gomasca, Paola Carmignani, Tino Bino, Claudio Gasparotti e Giuseppe Raspanti. ●

Roberto Farfaglia³ e Antonella Bertolotti⁴ hanno scritto "**#COVID. Il cuore nelle mani**" (La Quadra Ed, 2020). È la storia, dicono gli autori, messa su carta, di quello che tutti

3 Direttore UO di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Manerbio

4 Psichiatra, Presidente di Intermed Onlus

noi abbiamo vissuto la scorsa primavera, raccontata da coloro che non hanno potuto né voluto tirarsi indietro, i medici. Il libro nasce da un incontro fra due colleghi, sul campo di battaglia della prima fase pandemica da SARS COV 2 nell'Ospedale di Manerbio. Un chirurgo e una psichiatra



con storie diverse, esperienze professionali e di vita diverse, con linguaggio diverso, che hanno condiviso le riflessioni personali, intime, maturate nel corso dei drammatici mesi di marzo ed aprile 2020. Questo libro ci regala la realtà, una realtà cruda, toccante e inevitabile. Esperienze, emozioni e pensieri vissuti presso il reparto COVID dell'Ospedale di Manerbio, ma che hanno un valore che va oltre il luogo, accumulando tutti coloro che hanno vissuto questa tragedia in prima persona. Gli interventi del giovane medico Lodovico Pasquali Coluzzi, alla sua prima

esperienza, e di Ottavio di Stefano, Presidente dell'Ordine dei Medici di Brescia, completano e rendono ancora più vivo il racconto. «*Dedicato a tutti i nostri pazienti*», è scritto sulla prima pagina. L'idea è nata nella quotidianità, maturata nel primo periodo del Coronavirus. Gli autori ci raccontano il dolore della malattia, il dolore di essere malati, il dolore della perdita e del lutto, ma senza dimenticare la speranza e l'imperativo: «*Dobbiamo imparare a vivere e a non stancarci di lottare per i nostri malati*». Pur nell'eterogeneità dell'ispirazione, queste pagine, che si sviluppano

sul confine sottile fra prosa e poesia, condividono la visione che anche nel dramma e nel dolore più profondo la forza vitale, la speranza e la bellezza continuano a far parte della nostra vita, della nostra umanità. È quindi un libro che aiuta ad aprire il cuore, a non dimenticare, ma anche, ora come nella prima fase della pandemia, a mantenersi saldi al proprio posto. Scopo della pubblicazione del libro è raccogliere fondi che saranno interamente devoluti, attraverso l'organizzazione umanitaria InterMed Onlus, ad interventi sanitari per COVID in Paesi in via di sviluppo. ●

Renzo Rozzini⁵ ha scritto **“Un ospedale in trincea, Diario dalla pandemia”** (Scholé - Ed Morcelliana, 2020) dove ha raccolto una serie di appunti e riflessioni scaturite nella fase della prima onda pandemica (marzo-aprile 2020), quando le conseguenze drammatiche della infezione da Sars-Cov2 ha raggiunto gli ospedali della nostra provincia. Si tratta di una testimonianza che “dall'interno” cerca di offrire “all'esterno” una visione il più possibile realistica di quanto hanno vissuto medici, operatori ed ammalati. L'autore percepisce, come molti di noi, che al di fuori dei nostri ospedali e dei nostri ambulatori, delle nostre RSA, ben poco si sapesse di quel che stava accadendo.

⁵ Direttore Dipartimento di Geriatria dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia

Scrivere di quei giorni, della sofferenza e dell'impegno, del dolore e delle speranze, della fatica e del grande sforzo organizzativo e clinico, della collaborazione e coesione degli operatori, ha una funzione catartica e di testimonianza per il futuro. “*L'epidemia ha messo di fronte tutta la nostra impotenza medica al cospetto della potenza sbaragliante della morte.*” Questa presa di coscienza non è stata facile per nessuno di noi, forse troppo convinti della forza e della invincibilità della scienza e della medicina. L'autore ci aiuta a capire che da questa esperienza è possibile trarre insegnamenti per il futuro ed elementi positivi: la forza della unione e della organizzazione, la necessità dello studio e del confronto, la necessità di ascoltare e di essere ascoltati, la generosità



dei medici e degli operatori e la vicinanza di gran parte della società civile. Come ricorda Madre Gabriella Tettamanzi (Superiora Generale delle Ancelle della Carità) nella introduzione “...*dobbiamo darci il coraggio e la forza di portare avanti quanto abbiamo compreso e iniziato in ordine a una realtà non semplicemente da “restaurare”*”

da riportare a come era prima, ma da rinnovare...". In questi travaglianti giorni in cui la lotta contro la malattia e contro le sue conseguenze

sanitarie e sociali sembra non darci tregua sperimentiamo la necessità di rinnovare i nostri stili di vita, il ritorno a "come eravamo prima" non sarà più

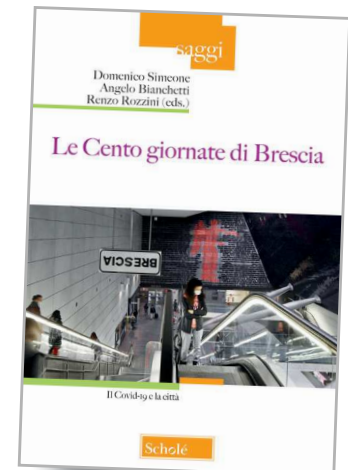
possibile, ed è necessario uno sforzo di ricostruzione e rinnovamento. ●

Angelo Bianchetti⁶, Renzo Rozzini, insieme a **Domenico Simeone⁷** hanno curato "**Le Cento giornate di Brescia. Il COVID e la città**" (I Saggi Scholè, Ed Morcelliana, 2021), un volume corale che, attraverso vari contributi descrive quanto la pandemia ha coinvolto la nostra città, i suoi valori, le sue dinamiche profonde. La descrizione dei cambiamenti della vita della Città sul piano civile (a cura del Sindaco Emilio Del Bono) e su quello spirituale e religioso (a cura del Vescovo Mons. Antonio Tremolada) aprono il volume, quasi a ricordare che forse ancora più che le ferite nei corpi (che ci sono state e profonde) sono difficili da rimarginare

⁶ Direttore Dipartimento Medicina e Riabilitazione, Istituto Clinico S. Anna di Brescia

⁷ Ordinario di Pedagogia e coordinatore corso di laurea in Scienze dell'Educazione dell'Università Cattolica di Milano

le ferite nel tessuto sociale e civile ed in quello spirituale. I numerosi contributi ci aiutano a ripercorrere la storia delle epidemie a Brescia e la specificità con cui la nostra Città è stata coinvolta nella prima fase della pandemia, la risposta della città sul piano della organizzazione sanitaria nel territorio, negli ospedali e nelle RSA, il coinvolgimento di medici, infermieri e operatori sanitari, la ricaduta sul piano economico e produttivo, su quello della cultura e dell'educazione, il ruolo dei media nel "racconto" dell'epidemia. Ciò che abbiamo vissuto, e che ancora stiamo vivendo, mette in discussione il senso della convivenza civile, nella contrapposizione fra libertà individuale e benessere collettivo e il senso di un vivere tutto radicato in una dimensione terrena che si è rivelata fragile e insicura. Il libro, nei suoi contributi articolati, non è solo il racconto di ciò che è stato,



ma il tentativo di immaginare il futuro "post COVID", che è già iniziato ora pur ancora presi dalla attualità stringente del contagio, dei morti e delle restrizioni. Eppure, è già il tempo di progettare il domani, affinché questo domani non ci sorprenda impreparati. Quindi le riflessioni sui necessari cambiamenti nel modo del lavoro, nella vita delle città, sul futuro della scuola e dell'istruzione, della sanità e della ricerca e su un diverso, necessario, senso di comunità. ●

Dottor Lorenzo Bagozzi

Lo scorso 30 Ottobre ci ha lasciato, a soli 32 anni, Lorenzo Bagozzi, promettente cardiocirurgo specializzato presso l'ospedale di Padova nel Dicembre 2019, originario di Remedello. Dopo un mese intero ricoverato nel reparto di Rianimazione dell'ospedale di Padova, il suo cuore ha deciso di fermarsi. Che scherzo del destino, proprio lui che di cuori ne aveva guariti tanti, si è trovato a combattere faccia a faccia con la sua stessa passione. Lorenzo, oltre che un medico eccezionale, era prima di tutto mio fratello. Ancora è difficile pensare che se ne sia andato così all'improvviso, come se un soffio di vento l'avesse portato via.

Sono sempre stata affascinata dal suo modo di fare, riusciva sempre in tutto, tutto quello che faceva era perfetto e preciso. Infatti, Lorenzo "il perfettino" non ne sbagliava mai una, tutti gli obiettivi che si prefissava in qualche modo li raggiungeva, pretendendo sempre il massimo da se stesso, grazie al suo talento ed alla sua amata Provvidenza.

Una vita così frenetica, tra sale operatorie e guardie notturne, non dev'essere stata facile, eppure l'ha vissuta al massimo, come se in fondo sapesse che qualcuno aveva messo un timer troppo breve al suo percorso. Ci ha lasciati senza parole, come suo solito.

Trascorrendo questo breve periodo a Padova abbiamo avuto modo di apprezzare ogni sua sfaccettatura raccontata da amici e colleghi, vita che noi conoscevamo solo a metà.

Lorenzo era fatto così, entrava in punta di piedi nella vita delle persone e piano piano non si poteva più fare a meno di lui. Con la sua intelligenza, umiltà, professionalità, semplicità ed ironia ha conquistato tutti, lasciando un pezzettino di sé ad ogni persona incontrata.

Si riconosceva il suo tratto in tutto ciò che faceva, dalla cartella clinica scritta con precisione agli articoli più importanti.

Un paio di anni fa, Lorenzo fece parte dell'*equipe* di cardiocirurghi del centro Vincenzo Gallucci dell'azienda ospedaliero-universitaria di Padova, diretta dal primario Gino Gerosa, che intervenne, per la prima volta al mondo, in un'operazione a cuore battente utilizzando il sistema "AngioVac", un by pass extracorporeo artero-arterioso. La domanda che oggi sorge lecita è "perché?", perché ora, perché a lui, così buono, fedele, educato e sempre, sempre, disponibile.

Una risposta me la sono data alla fine di tutto, era semplicemente troppo.

La sorella Chiara

Dottor Alessandro Braga

Lo so.

Non dovrebbe scrivere un figlio, poiché egli parla con la voce del cuore mentre la Sua mente vola attorno ai ricordi più belli, più vivi, influenzando profondamente ed inesorabilmente il Suo pensiero... Lo so. Pertanto, ho pensato di riportare solo alcune delle frasi più significative scritte sui quotidiani locali che ne hanno annunciato la scomparsa...

Chiari perde un volto storico della medicina locale. Si è spento il Dottor Alessandro Braga, figura di riferimento fino alla pensione del reparto di Chirurgia e del pronto Soccorso dell'Ospedale di Chiari, oggi Asst- Franciacorta. È stato per l'Ospedale una vera istituzione. Un pilastro. Molto conosciuto in città e nei dintorni, ha ricoperto il Suo ruolo con professionalità, ma soprattutto con grandissima umanità, mettendo sempre prima il paziente.

Figura di riferimento, quindi, sia per la medicina che per l'intera comunità.

Alessandro, che amava la compagnia ed il dialogo con l'altro, nonostante fosse in pensione da diversi anni, ancora oggi, di tanto in tanto, passava a salutare amici e colleghi che lo ricordano con affetto, stima e gratitudine.

Alessandro ha lasciato un segno nella Sua città, essendo un uomo sagace e divertente, molto attento nel Suo lavoro, soprattutto al benessere del paziente.

Nonostante il Suo ruolo e le Sue conoscenze, era una persona umile e disponibile, sempre pronta ad aiutare e ad insegnare agli altri.

Floriana Braga

Professor Carlo Cristini

Non aveva voluto rinunciare al Corso di Perfezionamento in Psicogerontologia e Psicogeriatrics, un appuntamento ormai tradizionale (era ormai alla 13^a edizione) di confronto davvero multidisciplinare tra medici, psicologi ed altri operatori impegnati nella cura dei pazienti anziani. Dopo lo stop obbligato nel mese di marzo, con la sua consueta tenacia era riuscito a riavviarlo in ottobre, prima in presenza, in un'ampia aula della Facoltà di Medicina, poi in remoto. Fino all'ultimo ne ha seguito l'organizzazione dal letto dell'ospedale, ma non ha potuto essere presente alla sua conclusione: in poco più di 3 settimane, nonostante le sue ottime condizioni di salute fisica e psicologica, il famigerato COVID-19 l'ha strappato ai suoi cari e a tutti noi.

Carlo Cristini, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Psichiatria presso l'Università degli Studi di Milano, fin dall'inizio della sua carriera ha rivolto i suoi interessi professionali e di studio agli aspetti psicologici dell'invecchiamento, specializzandosi in Geriatria e Gerontologia a Parma e successivamente in Psicoterapia presso l'Università degli Studi di Milano, sotto la guida della professoressa Maria Antonietta Aveni Casucci e soprattutto del professor Marcello Cesa Bianchi, con il quale ha mantenuto un lungo e proficuo sodalizio professionale ed umano.

Dal 1995 al 2002 è stato Docente di Psicologia Gerontologica presso la Libera Università di Urbino. Dal 2002 ha preso servizio presso l'Università degli Studi di Brescia prima come Professore Associato e poi come Professore Ordinario di Psicologia Dinamica.

Nella sua attività professionale ha affrontato diverse aree, dalla metodologia della ricerca ai processi cognitivi, emozionali e affettivi, alle modificazioni dei tratti di personalità nell'arco di vita fino alla relazione di cura ed al suo ruolo nel processo psicoterapeutico. Ma il suo impegno di studio e ricerca si è orientato in particolare alla psicogerontologia, alle dinamiche psicologiche e socio-ambientali

dell'invecchiamento, all'educazione all'invecchiamento, alla valorizzazione, anche nelle età più avanzate, delle dimensioni affettive e creative della persona, all'assistenza formale e informale agli anziani non autosufficienti.

Instancabile promotore della cultura gerontologica, all'insegnamento nei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed ai corsi di perfezionamento post laurea ha affiancato una molteplicità di iniziative formative e culturali rivolte a medici e psicologi ma anche agli anziani, ai volontari, agli operatori dei servizi, alla popolazione, raccogliendo i frutti della propria attività di studio e di insegnamento in più di quaranta volumi.

Era dotato di una grande capacità didattica, affinata in anni di studio e sorretta dalla solidità delle competenze scientifiche e dei contenuti valoriali, e sapeva coinvolgere chi l'ascoltava con la chiarezza del messaggio e con la forza della passione che lo animava. Grazie alla sua vivace memoria amava arricchire le sue lezioni ed i suoi interventi di citazioni attinte alla sua vasta cultura: ma questa memoria, unita alla sua grande capacità di ascolto ed al sincero interesse per le persone che incontrava, gli consentiva soprattutto di ricordarne i volti, i nomi, le storie, e di mostrarsi partecipe, anche a distanza di tempo, dei loro successi come dei loro problemi. Il professor Cristini ha lasciato un segno profondo in tutti coloro che l'hanno conosciuto, anche solo occasionalmente: ne sono conferma le numerose attestazioni di cordoglio, di stima, di affetto che sono giunte alla famiglia ed alla comunità universitaria. Molti tra i docenti, gli studenti, le persone che hanno avuto modo di assistere alle sue lezioni ne hanno sottolineato il calore umano, la cordialità, la gentilezza (proprio "Gentilezza e galateo in RSA" è il titolo del suo ultimo libro); e ancora la sensibilità, la capacità di entrare in sintonia con le persone, la serenità che sapeva trasmettere.

Come collega, come amico, come docente si è sempre dimostrato leale, aperto, generoso, umile, sempre pronto a ricercare e a valorizzare negli altri gli aspetti positivi più che i limiti. Resterà, nella nostra memoria e nel nostro cuore, il ricordo di un vero educatore, di un medico dell'anima, di un uomo profondamente buono.

Gianbattista Guerrini

Professor Leopoldo Falsetti

È difficile scrivere un ricordo del mio caro Poldi, del Prof. Leopoldo Falsetti. Negli ultimi anni aveva preparato un curriculum vitae, diceva per non dimenticare nulla, forse lo stava curando per questo momento...ma io non voglio portare un lungo elenco di fatti, di prestigiose mete raggiunte, che raccontano di una vita professionale piena di soddisfazioni. Preferisco ricordarlo come il dottore di tante, tantissime donne, che in questi giorni amari mi hanno testimoniato il loro affetto e il loro ricordo. Il telefono suonava davvero a tutte le ore ed ogni volta lui esordiva con "dimmi ,cara ...". Preferisco ricordarlo animato dalla passione per l'insegnamento.

Accoglieva spesso a casa i suoi studenti per interminabili pomeriggi a discutere di tesi o articoli scientifici da spedire in mezzo mondo. Durante la funzione in chiesa, un medico ha letto il seguente messaggio di addio, scritto da un suo allievo, l'ultimo in ordine di tempo. Per me e per le nostre amate figlie Francesca e Chiara il suo ricordo resterà un pensiero luminoso.

Giulia Falsetti Gallarotti

Carissimo Professore, Siamo cresciuti con le sue lezioni ed i suoi lavori scientifici, coi suoi metodi originali e le sue bacchettate, ma siamo orgogliosi di essere stati suoi allievi!

È stato un grande maestro, una guida, un faro che ci ha illuminato le menti ed anche la strada! Molti di noi hanno scelto la professione o la nostra specialità grazie a lei! Le diciamo grazie, grazie, grazie!

Siamo tanti e dispersi in tutta Italia, e non possiamo essere fisicamente lì con lei in questo momento storico, stiamo combattendo fino in fondo. Ma ognuno di noi, dal proprio Ospedale, Università o Città, la saluta e la abbraccia. Professore, lei è sempre impresso nei nostri cuori e nelle nostre menti, ormai parte di noi! Porteremo avanti i suoi insegnamenti e la Scuola di Endocrinologia Ginecologica che ci ha lasciato, ovunque siamo. Le mandiamo un saluto, oh nostro maestro!

I suoi ex Allievi ed Ale Gambera

Dottor Andrea Frana

Carissimo papà,
hai dedicato tutta la vita alla tua famiglia e alla tua professione di medico, che hai esercitato con grande spirito di abnegazione, rettitudine e senso del dovere. Il tuo esempio ci sostiene dandoci quotidianamente tanto coraggio. Ti ringraziamo immensamente per quello che ci hai dato e continui a darci.

*I tuoi figli Alessandra,
Elisabetta, Lorenzo*

Dottor Franco Piantoni

Ho conosciuto Franco da bambino, il primo giorno di scuola elementare, eravamo giovanissimi, ma l'intesa scattò immediatamente. In seguito, abbiamo frequentato la scuola media ed il liceo in istituti diversi per poi ritrovarci all'università, Facoltà di Medicina, e per sei anni abbiamo vissuto, gomito a gomito, il nostro percorso universitario condividendo lo studio e le ansie per gli esami, sostenendoci reciprocamente nei momenti di stanchezza, io, lui e Aldo. Quanto studiavamo e quanto ci divertivamo a sorridere dei rispettivi difetti! Ricordare ciò mi fa sentire bene, ma, nello stesso tempo, aumenta la tristezza di non poter più condividere con lui il nostro passato. Ho cercato di farlo quando la malattia, paradossalmente, ci ha uniti ancora di più. Nei momenti in cui il dolore lo paralizzava nel letto, io gli sono stato accanto non solo come medico, ma anche e soprattutto come amico, e mi pareva che parlargli delle nostre vicende di giovani studenti, di medici e di amici gli facesse piacere. Perché la malattia ha debilitato il suo corpo, ma non la sua mente che è rimasta lucida e presente fino alla fine. Posso dire di averlo conosciuto bene, aveva tantissime qualità, ma una su tutte mi ha sempre colpito, la sua bontà d'animo, la sua pacatezza nell'affrontare la vita e nel relazionarsi con gli altri, che fossero amici o pazienti. La malattia che lo ha colpito è stata straziante e rapida, assolutamente inaspettata. Eppure, anche quando mi ha comunicato la terribile notizia, ha mantenuto la tranquillità e l'eleganza da vero signore che lo contraddistinguevano, senza far trasparire la sofferenza lacerante che aveva dentro. Solo pochi mesi prima avevamo preso parte, a Roma, ad un

congresso di Pneumologia, la sua specializzazione. In quell'occasione ricordo di averlo punzecchiato a più riprese attribuendo la sua improvvisa lentezza nel camminare e la stanchezza di cui si lamentava al fatto di essere diventato "nonno" (lo era davvero nonno, di una bellissima nipotina); in realtà, col senno del poi, ho capito che quelli erano i segni della sua malattia che cominciava a manifestarsi e che, poco dopo, lo ha portato alla morte.

Mancherà moltissimo alla sua famiglia, ai suoi amici, a tutti coloro che lo hanno conosciuto, ai suoi pazienti che serberanno il ricordo di un uomo dedito con passione e competenza alla sua professione di medico, alla quale si era accostato con grande spirito di sacrificio per oltre quarant'anni, sorretto da un senso del dovere che è proprio dei grandi medici e, soprattutto, dei grandi uomini. Perciò non lo dimenticheranno e non lo dimenticherò. Mai.

*Roberto Frigeni,
amico e collega*

Dottor Mariano Luzzago

Mio padre, dott. Mariano Luzzago, nacque a Brescia il 3 giugno 1925, da Ettore, avvocato con la passione per l'agricoltura e da Enrichetta Filippini, figlia del dott. Corrado Filippini, a lungo Medico Provinciale a Brescia a cavallo tra l'800 e il '900. Dopo gli studi classici al liceo Arnaldo, pressoché "obbligatori" in certe famiglie bresciane, si iscrisse alla facoltà di Medicina a Pavia. Nel frattempo, era scoppiata la Seconda Guerra Mondiale e la sua ottima conoscenza della lingua tedesca, appresa dalle "fraunlein" tedesche che si erano alternate in casa, gli evitò la partenza per il fronte, in quanto il comando tedesco e quello italiano lo utilizzavano come interprete.

Dopo la Laurea in Medicina, conseguita a pieni voti a Pavia nel 1949, si iscrisse a Milano alla Scuola di Specializzazione in Otorinolaringoiatria diretta dal prof. Luigi Pietrantoni, allora indiscusso Maestro della Specialità. Dopo il diploma di Specializzazione, conseguito a pieni voti, ritornò a Brescia per lavorare all'Ospedale dei Bambini nel reparto di Otorinolaringoiatria, diretto dal prof. Carlo Gatti Manacini, che gli affidò, qualche anno dopo, la creazione e la gestione di un Ambulatorio di Otorinolaringoiatria a Desenzano, luogo dove mio padre aveva trascorso l'infanzia e la giovinezza, nella casa di famiglia. L'Ambulatorio divenne poi, dapprima un Servizio annesso al Reparto di Chirurgia dell'Ospedale e, successivamente, un Reparto vero e proprio, la cui gestione venne affidata a mio padre, dapprima come Incaricato e successivamente, in seguito a concorso, come Primario.

A causa degli scarsi fondi che anche allora erano a disposizione per la Sanità, dovette gestire il Reparto da solo per molti

anni, giorno e notte, festività comprese. In seguito, gli venne affiancato un aiuto, del tutto insufficiente tuttavia per far fronte alla mole di lavoro sempre crescente. L'ostinata riluttanza dell'Amministrazione dell'Ospedale ad assumere altro personale e alcuni problemi di salute lo spinsero a rassegnare, a malincuore, le dimissioni dall'ospedale e a dedicarsi esclusivamente allo studio libero-professionale in via Crispi a Brescia. Nel 1994 decise di trasferirsi stabilmente nella casa di Desenzano, cedendo l'attività dello studio a me, suo figlio, che avevo seguito le sue orme. Nella sua "nuova vita" a Desenzano ha potuto dedicarsi alle sue grandi passioni: il suo parco, creato sin dagli anni 70 con piante pregiate, il suo uliveto, la musica classica, la poesia. La nascita dei nipoti all'inizio degli anni '90 l'aveva trasformato da padre austero e severo in nonno tenerissimo e affettuoso, sempre pronto a ricolmare i nipoti di vizi e tenerezze. Nell'ultimo periodo, l'età molto avanzata aveva avuto la meglio sulla sua forte fibra e una recente frattura di femore l'aveva costretto a letto. È spirato serenamente il 26 ottobre, avendo accanto la moglie, compagna di una vita, e i suoi figli. Negli ultimi tempi, sentendo mancare le forze, aveva voluto scrivere lui stesso il suo necrologio, nel quale venivano citati gli affetti più cari e l'adorata casa di Desenzano. Riposa, come da suo desiderio, nel cimitero di Desenzano.

*Il figlio Federico,
otorinolaringoiatra*

Dottor Luigi Martinelli

(lealtà, coerenza, impegno)

Incontrai "Martino" (il suo nome era Luigi ma tutti lo chiamavano Martino) nell'ormai lontano 1976. Lui era "Aiuto" (rimpianto livello gerarchico dei reparti ospedalieri di allora) con un primario carismatico: il prof. Arosio. Io, tirocinante neolaureato, privo di esperienza lavorativa, alla ricerca di maestri d'arte trovai in Martino il mio riferimento tecnico/scientifico ed umano. Era arrivato al Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione degli Spedali Civili alcuni anni prima, dopo altre esperienze professionali a Torino e a Sondalo durante le quali aveva maturato conoscenze sia pneumologiche che cardiologiche.

A Brescia abbracciò la branca anestesiologicalo/rianimatoria e si adattò all'organizzazione del lavoro che prevedeva giorni in sala operatoria, altri nel centro di rianimazione e altri come turno di guardia sia per anestesia che per terapia intensiva (in quel periodo anche per il Pronto Soccorso).

Conservo ancora l'immagine di Martino anestesista, dietro i teli di separazione dal campo operatorio, seduto alla testa del letto, affiancato da un rudimentale apparecchio di anestesia, una mano sul polso del paziente e, nell'altra, il pallone per la ventilazione. Per il monitoraggio bastavano i propri sensi e per la ventilazione le mani ma, nel pallone, era come sentisse l'elasticità del polmone e con essa la sicurezza per il paziente. In tale condizione riusciva a condurre narcosi, quasi senza staccarsi, anche per interventi di chirurgia maggiore con tempi di oltre cinque ore, evento oggi impensabile senza sofisticate moderne tecnologie.

Il mattino arrivava prima degli altri, spesso non si sapeva se fosse in servizio e anche a fine seduta operatoria era difficile incrociarlo.

Serio professionista si manteneva aggiornato studiando a domicilio o frequentando la

biblioteca. Oggi si impongono i crediti formativi. Spirito inquieto lasciò temporaneamente gli Spedali Civili per transitori incarichi di primariato negli ospedali di Arona e, ancora, di Sondalo dove andai più volte a trovarlo ma io non ebbi il suo coraggio di cavalcare esperienze diverse. Tornato a Brescia accondiscese alla proposta del compianto Prof. Rigamonti, del quale diventò amico e seguace, per lavorare nel pronto soccorso del Satellite ("nuovo" prima di ulteriori plurime riorganizzazioni) guadagnandosi stima e apprezzamento anche in questo ambito.

Il ciclo lavorativo si concluse ancora nel primo servizio di anestesia, ormai molto cambiato strutturalmente e umanamente, occupandosi di anestesiology, in particolare chirurgica e urologica, con incarico anche di responsabilità gestionale.

Ma non si concluse il suo anelito di conoscenza: si appassionò alla terapia del dolore sia quello acuto e/o chirurgico che cronico e oncologico, competenza che gli fu utile nell'accompagnamento di alcuni casi umani nei fine vita.

Non c'è più: lo scorrere dei nostri anni è segnato da date o ricorrenze che sfuggono alla memoria ma non possono sfuggire i ricordi dei contatti umani con persone che ti hanno trasferito valori fondamentali.

Anche quando insieme andavamo in bicicletta nei dintorni di Brescia.

Ottorino Barozzi

In ricordo del **Dottor Luigi Martinelli**, la famiglia Martinelli (Nicoletta Magnani, Mattia e Alessandra Martinelli) ha inviato alla redazione di Brescia Medica un estratto della prefazione del libro *A braccia levate*, che lo stesso dottor Martinelli scrisse in ricordo dei suoi luoghi nati.
Volentieri pubblichiamo in suon ricordo.

“Il caso! Il destino?

Tanti... tanti e tanti anni fa fui depositato in un paese arroccato su due colline: il grosso sulla collina detta santo Tommaso; e poi poche case sulla collina del santo Rocco, che era il santo protettore del paese e che veniva festeggiato con luminarie e bande e fuochi di artificio alla metà del mese di agosto. A guardarlo dai balconi della casa paterna, ubicata sulla collina di santo Rocco, il paese su santo Tommaso aveva l'aspetto di un originale presepe...almeno stando a quanto affermavano gli ospiti in casa nostra.

Gli ospiti!

Frequenti e sempre graditi in famiglia, pur se la mamma costantemente entrava in agitazione già solo all'idea...comunque portavano sempre gioia in casa, gli ospiti! Ed era vero quel che affermavano circa il presepe, infatti il paesaggio sembrava suggerire una festa di nascita...una festa di vita!

Arrocco di tetti rossicci e grigi scivola dolce sui cubi bianchi di basse costruzioni senza disarmonie di alti condomini.

In discesa, i tetti, a partire da una cima appuntita, la torre del castello!... Merlata! Pretenziosa, vista da lontano! Ché, una volta raggiunto il castello...partendo dalla “chiazza” per scale lunghe acciottolate e animate da asini e cavalli senza carrozze, e popolate di gatti con libero accesso ai sottani attraverso i gattaruli... una volta raggiunto, il cosiddetto castello, si rivelava piuttosto misera abitazione, ma con pretesa di merli! Quando sollevavi lo sguardo dai vicoli dalle scale lunghe, vedevi in alto, oltre i tetti, un cielo diviso in strisce labirintiche, fogli d'indaco sui quali scrivevano misteriosi geroglifici, i rondoni viranti in nero stridente alle loro dimore in fila sotto tegole e balconi. Per base l'arrocco dei cubi aveva la vianova sterrata e alberata. E al passare della rara

automobile o del dolce favonio, il paese appariva come levitante su miriadi di minuscoli pianetini di polvere... luminosi pianetini solari.

Divengono rosa, al mattino, i cubi delle case verso oriente, e lanciano dai vetri lampi di fiamma!... Abbagliante di bianco è poi il giorno! A sera l'ombre salgono dal basso e la cima della collina è d'oro!

Il buio sale. Colma le “strette”. Infine illuminata resta solo la torre merlata su un fondo oro antico che lentamente sbiadisce, ed è buio in un attimo. Compare allora una fosforescenza in forma di striscia di luce artificiale che si conferma nel buio e taglia a mezzo il paese. È lo struscio! Levitante tra due neri palpitanti, le stelle in alto, le lucciole in basso... e all'ora dello struscio nella “chiazza” incontrerai sempre qualcuno! “Sembra un presepe!” - dicevano gli ospiti che si rinvigorivano alla fresca parentesi di brezza inebriati, di musiche e profumi. Loro, condannati a passare l'estate nella pianura infuocata, piatta e gialla senza un albero manco a pagarlo!

Cosa mai fu che questo paese scomparve! Uno tsunami?...La bomba di Hiroshima?... Terremoti?... No!

Ma fatto si è che l'orbita della luna cominciò a un certo punto a spostarsi lentamente... a scivolare sull'orizzonte.

E noi si rimaneva lentamente orfani!

Per un attimo questo ho pensato: che smarrendo la memoria io stesso mi sarei smarrito. Che se avessi guardato negli occhi quelle colline di pietra deturpate dall'era delle meravigliose sorti e progressive, mi sarei trasformato in marmo... sarei stato sbalzato fuori dalle regole dell'equilibrio, il baricentro definitivamente spostato.

E allora?

Dove il varco?

Per una memoria serena... innocente!

C'è poco da scegliere!

Non resta che la follia del continuare a vivere come ancora si fosse sulla luna. Nella incoscienza! Come un non essere mai stato altrove... già da prima di essere nato.

Ma occorre coraggio per la follia! E questo coraggio... lo confesso!... mi manca.

E allora?

*La vigliaccheria della menzogna!... Ecco!...
quella nel dire che "nulla è cambiato!".
E continuare ad andare avanti
conformandosi, pur se non del tutto
adeguatamente: prigioniero del quotidiano...
immemore del passato e del tempo che non
invecchia, ma ancora sempre sotto subdola
accusa.*

*Imputato anch'io in un processo alle
cui sedute sarò costretto a difendermi
spudoratamente!*

*Ed è così che lentamente sullo schermo
l'immagine della luna avvolta nella
fosforescenza va offuscandosi, sfuma in
dissolvenza. Nuvole minacciose di tempo
perduto si gonfiano e minacciano tempesta.
Ogni interno chiarore va spegnendosi.*

*È il buio del vuoto... l'orrore del vuoto... il
mito della statua che pietrifica.*

Un'unica ultima risorsa resta!

È il sogno!

Ma come evocarlo?

*Vago con lo sguardo alla ricerca di un
segnale... un minimo spiraglio.*

*Una fosforescenza laggiù, lontana, sulla
superficie... molto lontana nel tempo e nello
spazio.*

*Mi trascino, striscio, la pelle è imperlata di
goccioline fredde.*

Ma arrivo!... Stremato!

*Una sfera di cristallo... di quelle che
capovolte producono una lenta lieve
maestosa nevicata... Riesco ad afferrarla, la
sfera. E l'ho capovolta... Inavvertitamente!*

*Tra i fiocchi è apparsa la fanciulla dalla
chioma fine ed inanellata, lo sguardo chiaro
di dolcezza, le labbra umide sull'innocente
sorriso... l'innocenza che mi ridona il sogno.*

"Cosa sono le lucciole?"

Una pioggia di stelle!

*Racchiuse nella coppa delle mani le lucciole
illuminano una stanza dalle pareti marchiate
d'inchiostro... Strisciate sulla fronte e sulle
guance fanno rinascere i pellerossa nella
notte... e nei capelli penne di gallina... di
oca... di pavoneperfino.*

"Hiauuuuuuuuu!... A noi generale

Custer!!!"

Patapumt... Patapumt... Patapumt...

Alla caricaaa!!

"Maledetti non avrete il mio scalp!!!"

E la luna corre di lato e non si riesce mai a
superarla.

La luna ferma al di là dei vetri, immobile,
finché non m'addormenti.

Una volta ho detto:

*"Ho voglia di correre con la luna", in gara nel
profumo delle cimici verdi calpestate su prati
chiazzati di fosforo".*

Luigi Martinelli

Professor Pierluigi Sapelli

La Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi, unitamente all'Albo dei Medici, esprime con una nota profondo cordoglio per la scomparsa del prof. Pierluigi Sapelli, la figura più rappresentativa nella storia dell'odontoiatria bresciana ed esponente di assoluto spicco nel panorama professionale e universitario nazionale. Mantovano di nascita, piemontese di crescita, dirige la clinica universitaria di Ancona per approdare a Brescia nel 1986 e, in breve tempo, varare tre progetti storici: la Clinica universitaria, il Pronto soccorso odontoiatrico - primo in Italia h 24 - e il corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria. Una carriera fatta fra le mura della sua "creatura" lontano da luci e ribalte, schivo e monolitico sino alla sua dipartita, anch'essa celata ai più e nota ai pochi suoi intimi.

«Il privilegio che vanto, e che voglio ricordare come una concessione del tutto

fuori dal perimetro delle sue abitudini, sono state le due occasioni in cui, vincendo l'innato senso di distacco dalle celebrazioni, ha presenziato all'inaugurazione del primo evento culturale delle "Serate odontoiatriche bresciane", che si sarebbero sviluppate in 163 eventi nei 15 anni di mia presidenza della Commissione Albo odontoiatri - ricorda il presidente della Commissione Albo Odontoiatri, dottor Luigi Veronesi - e quando, momento di particolare intensità e valore per l'odontoiatria bresciana, ha ritirato il premio alla carriera nell'anno 2014, in occasione dell'Assemblea annuale ordinistica».

«Il passaggio di mano della targa ricordo (di cui si allega fotografia), rappresenta per me il più alto obiettivo professionale raggiunto - prosegue Veronesi -: vedere riconosciuta la carriera e il ruolo del capostipite di un'odontoiatria che si distingue per la capacità di muoversi in autonomia e assoluta dignità organizzativa e tecnica».

«La sua dipartita - conclude il presidente CAO - segna un momento di tristezza immerso in una comune tristezza mondiale per la pandemia in corso, ma resta la serena consapevolezza della sua eterna presenza nelle testimonianze di quanto fatto e nel suo ricordo, per chi varca il vecchio ingresso degli Spedali Civili. Grazie Pierluigi».



Dottor Mario Storari

Martedì 26 gennaio 2021 è mancato all'affetto dei suoi cari il Dott. Mario Storari. Ha lavorato come medico di famiglia ininterrottamente per 40 anni a Gardone Riviera. Negli ultimi 18 anni, dopo essersi ritirato dalla professione, ha dedicato il suo tempo alla famiglia e alla coltivazione dei suoi interessi fra cui i grandi quesiti alla base dell'esistenza. Amava trascorrere intere giornate a contatto con la natura, soprattutto immerso nel paesaggio della sua campagna, la Poffa, luogo da cui ammirava tramonti di bellezza indescrivibile. Aveva amato il suo lavoro, la sua professione di cui andava fiero e di cui riconosceva con umiltà i limiti. Conosceva i vari aspetti della sofferenza e a questi si accostava con garbo e umanità; è sempre stato vicino ai propri pazienti e da questi era ricambiato con affetto sincero. Riportiamo uno fra tutti i bei messaggi ricevuti: "Il dottor Mario è stato e rimane una vera istituzione, per qualcuno è stato quasi un secondo padre, un fondamentale punto di riferimento ... in ogni caso un'icona per noi gardonesi. Ho nutrito fin da bambino e sempre una profonda ammirazione per lui, per la sua educazione, la grande apertura mentale, la gentilezza, il profondo rispetto per tutti, l'umanità che si percepiva forte, la presenza fisica e puntuale sul suo territorio, che fosse per portare la sua indubbia professionalità a chiunque ne avesse bisogno, o per portare conforto fra le mura delle case dei suoi amati concittadini. Già mi manca quella sua rara e lucida intelligenza, quell'irresistibile e meraviglioso senso di ironia, che esplodevano dentro un sorriso luminoso e contagioso, che ho amato e che mi tengo come un dono prezioso per sempre dentro il cuore".

Mariacristina Storari

Dottor Eugenio Valentini

Mi accingo a scrivere questo ricordo di mio papà con il cuore pieno di emozioni, da figlia e da collega che con lui ha condiviso tanti anni di attività professionale.

È mancato il 17 ottobre 2020, dopo un breve ricovero a seguito di un intervento chirurgico resosi improvvisamente necessario; per pochi giorni non ha avuto la possibilità di festeggiare 58 anni di felice matrimonio.

Era nato nel 1931 a San Felice del Benaco e per sempre rimase profondamente legato al nostro lago.

Di mamma bresciana e papà milanese, Colonnello dell'Arma dei Carabinieri, aveva vissuto per questo in vari luoghi da bambino, tra cui anche l'isola di Rodi in Grecia negli anni che precedettero il periodo di guerra. Ricordava sempre con simpatia tutte queste esperienze, così come il rientro a Brescia dove si iscrisse al liceo Calini, terminando poi gli studi superiori a Milano ove frequentò il liceo Gonzaga dei Fratelli delle Scuole Cristiane, luogo in cui visse anni felici e strinse profonde amicizie. Si iscrisse poi alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ferrara, al termine della quale iniziò a lavorare nello studio dentistico del nonno e dello zio materni, frequentando contemporaneamente la Scuola di Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentale presso l'Università di Padova, dove si specializzò nel 1964.

Proprio l'aver frequentato la Scuola di Specializzazione, a quei tempi titolo non indispensabile per esercitare la professione, gli fece comprendere come l'Odontoiatria fosse una disciplina in rapida evoluzione, motivo per cui scelse di aprire un proprio studio, pur nel solco della tradizione

familiare; nello stesso periodo collaborò anche con ambulatori mutualistici convenzionati con il SSN.

Un incontro segnò profondamente la sua esperienza umana e professionale: quello con il collega e concittadino dott. Carlo Ughi, che lo invitò a partecipare alle riunioni della sezione provinciale dell'Associazione Medici Dentisti Italiani (AMDI), di cui poi lo stesso Ughi divenne Presidente Nazionale. Nacque una profonda amicizia ed una passione comune con gli altri amici consiglieri, che lo convinsero in seguito a candidarsi alla presidenza provinciale dell'AMDI, alla cui guida restò dal 1986 al 1991, divenendo nel contempo segretario sindacale di AMDI Lombardia e membro della Commissione Nazionale dei Probiviri, oltre che membro della Commissione Albo Odontoiatri e del Consiglio Direttivo del nostro Ordine. Fu un periodo intenso dove le giornate lavorative si prolungavano spesso in serate e fine settimana rubati alla vita familiare, in anni in cui la professione stava mutando profondamente sia dal punto di vista organizzativo che culturale. Fece propria anche una battaglia che riteneva fondamentale: quella contro l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica, esponendosi personalmente a nome di AMDI in numerose cause legali in favore di pazienti malauguratamente danneggiati. Non mancò di dedicarsi in quel periodo anche ad iniziative solidali: insieme ad altri colleghi fu ideatore ed operatore di un servizio di guardia medica domenicale gratuita istituito presso la sede della Croce Bianca cittadina, al fine di assicurare prestazioni di urgenza odontoiatrica e di cura per pazienti economicamente bisognosi.

Sempre aperto alle innovazioni ed all'evolversi dei tempi, nel 1985 salutò con favore la trasformazione della sigla "AMDI" in "ANDI" (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) quando fu istituita la professione sanitaria di Odontoiatra grazie alla legge n. 409. Per lo stesso motivo accolse con piacere l'invito del prof. Pierluigi Sapelli a presenziare nel 1988 all'inaugurazione della Clinica Odontoiatrica, del Corso di

Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e dell'annesso Servizio di Pronto Soccorso Odontoiatrico degli Spedali Civili, importante ed atteso traguardo per la nostra città.

Nell'anno 2002 in segno di riconoscenza per l'impegno profuso fu nominato socio benemerito di ANDI.

Decise di terminare la sua carriera professionale nel 2015, ma fino agli ultimi giorni della sua vita è stato una persona lucida, un nonno attento e affettuoso, un amante della compagnia degli amici sinceri e posso dire che abbia continuato ad interessarsi di tutto ciò che riguardava l'evolversi della nostra vita professionale. In un suo scritto affermò che nel paziente da sempre vedeva un amico, una persona da ascoltare e da conoscere bene, a cui approcciarsi sempre con il sorriso e la battuta pronta per poterne sdrammatizzare il timore. A conferma di ciò, solo poche settimane prima di mancare, mi disse che durante il corso della sua vita in nessun altro luogo si era sentito così a suo agio come all'interno del proprio studio, pronto a svolgere ogni giorno con passione la professione.

Claudia Valentini

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Brescia**

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Fiorlorenzo Mario Azzola

Dott. Lorenzo Bagozzi

Dott. Alessandro Braga

Dott. Salvatore Catanzaro

Prof. Carlo Cristini

Dott. Giuseppe Paolo Dalè

Dott. Giorgio De Thierry

Dott. Loris Della Giorgia

Dott. Pier Ferruccio Dotti Gherardi

Prof. Leopoldo Falsetti

Dott. Gilberto Forioli

Dott. Claudio Fracalossi

Dott. Andrea Frana

Dott. Fausto Lazzaroni

Dott. Felice Mangeri

Prof. Giovanni Marini

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Brescia**

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Luigi Martinelli

Dott.ssa Francesca Minotti

Prof. Giacomo Monacelli

Dott. Andrea Nigro

Dott. Mario Novati

Dott. Gianni Omodei

Dott. Franco Piantoni

Prof. Marzio Resti

Dott. Giuseppe Salucci

Prof. Pierluigi Sapelli

Dott. Mario Storari

Dott. Mario Tagliafierro

Dott. Alfio Tonolini

Dott. Eugenio Valentini

Dott. Luciano Vincenzi

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.



COVID MARATHON

Quante metafore si sono usate, e fors'anche abusate, in questi mesi di Pandemia COVID! Dalla guerra, anzitutto, con i suoi tanti, troppi caduti, gli ospedali linee del fronte e i sanitari eroi, alle battaglie simulate dello sport, dalla partita a scacchi contro la malvagia armata virale, al gioco di squadra dell'immunità di gregge, alla sfida contro il tempo degli sport di performance... Già, il tempo. La pandemia ha imposto come una frattura nella nostra linea del tempo, aperto una parentesi di sospensione tra un nostro prima, con i suoi mille progetti, impegni e scadenze, e un oggi senza tempo e senza meta. I progetti, gli impegni, le scadenze congelati ad allora. Così vicini, così lontani...

E, intanto, ci siamo trovati tutti insieme a correre una maratona (eccola ancora una metafora!), perché è stato chiaro fin da subito che la prova non sarebbe stata breve e che ci sarebbero volute montagne di energie che guai a sprecarle! Ma ancora non c'era un traguardo definito e in più la strada s'era fatta subito in salita. Fatica, paura di non farcela, tanta solitudine, ma

anche al tempo stesso sfida di gruppo, senso di solidarietà e coscienza di non essere soli ... tutto questo insieme è stato ed è ancora correre una maratona, questa maratona...

Quel che non era previsto, è che ci saremmo trovati a correre la maratona con le regole del gioco dell'oca - imprevisti, fermo un giro e torna indietro di due caselle compresi - in un lungo, estenuante, quotidiano *problem solving* fatto di regole e nuove circolari, pubblicazioni scientifiche e *fake news*, nuove versioni e nuove varianti, e ancora complottisti, disfattisti, minimalisti e quant'altro, con annunci, smentite e interpretazioni delle quali ancora non si vede la fine.

Siamo allora arrivati oggi, suonati come un pugile e al limite delle forze, a superare il fatidico "muro" dei trenta chilometri? Quel muro che chi ha corso almeno una maratona ben conosce? O il prossimo lancio di dadi ci farà ritornare... alla partenza?

Raffaele Spiazzi



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente

GIORNATA NAZIONALE del PERSONALE SANITARIO 20 FEBBRAIO 2021

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI
DEI MEDICI CHIRURGHI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI
PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEGLI ODONTOIATRI
Loro sedi

COMUNICAZIONE N. 20

Cari Presidenti,

Vi è nota l'istituzione con legge n.155 del 13 novembre 2020 della "Giornata nazionale del personale sanitario" che, quale ricorrenza civile, si celebrerà il 20 febbraio in memoria degli operatori sanitari scomparsi per COVID 19.

La data è stata individuata quale inizio simbolico dell'epidemia da coronavirus che ha travolto il nostro Paese nell'anno appena concluso. Vista la persistenza dell'epidemia l'impegno di tutti noi, sia professionale che istituzionale, prosegue con la medesima intensità che abbiamo espresso finora.

I riconoscimenti per questa dedizione non sono mancati e in tale percorso si inserisce questa celebrazione quale momento di commemorazione e condivisione

Tanti troppi sono i colleghi scomparsi per il virus nel quotidiano esercizio professionale, siamo oggi a più di 300 e il triste elenco è destinato ad allungarsi.

Proprio per rinnovare la memoria di chi non c'è più, come **FNOMCeO, stiamo organizzando una cerimonia di commemorazione sabato, 20 febbraio alle ore 10 presso la nostra sede di via Ferdinando di Savoia n.1 in Roma.**

La cerimonia prevede momenti di raccoglimento e riflessione attraverso brevi letture, un momento musicale e la scoperta di una targa commemorativa in ricordo dei colleghi scomparsi per COVID 19. L'evento, nel rispetto delle misure emergenziali, potrà essere seguito in streaming dagli OMCeO e dagli iscritti perché sarà messo a disposizione il link del collegamento.

In tal senso chiedo la Vostra collaborazione, come Presidenti, per far sì che questa 1° Giornata nazionale in ricordo dei colleghi medici e odontoiatri assuma una valenza non solo nazionale.

L'idea potrebbe essere quella di convocare, a livello territoriale, un Consiglio direttivo per seguire tutti la commemorazione e comunque diffondere presso gli iscritti questo evento che riveste un alto significato di vicinanza per tutta la Professione.

Durante la nostra cerimonia saremo in collegamento video con Codogno, città simbolo dell'epidemia, in cui con la partecipazione del prof. Frank Montgomery, Presidente del CPME, in rappresentanza dei medici europei si procederà, presso l'Ospedale civile, ad analogo scoperta di una targa commemorativa in ricordo dei professionisti sanitari italiani ed europei.

I colleghi medici e odontoiatri lottando contro il virus fino alle estreme conseguenze, hanno dato un esempio che nessuno potrà dimenticare, ricordarli risponde al valore della memoria e al rispetto dei morti che costituiscono essenza fondante della nostra civiltà.

Cordiali saluti

Filippo Anelli

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U.445/2000 e del D.Lgs 82/2005

FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia, 1 - 00196 Roma - Tel. 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: presidenza@fnomceo.it - C.F. 02340010582

seguici online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT



Per suggerimenti, commenti e lettere:
bresciamedica@ordinemedici.brescia.it