

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO





L'acqua più leggera d'Europa



Un dono della natura.

Acqua Lauretana, di fonte montana, ha origine ad oltre 1.000 metri s.l.m. in un territorio incontaminato.

Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa e con **solo 14 milligrammi per litro di residuo fisso**, favorisce un'elevata diuresi, aiutando l'organismo ad eliminare i residui del metabolismo come urea e creatinina.

Lauretana con le sue proprietà uniche è destinata al consumo quotidiano e dedicata al benessere di tutta la famiglia.

Segui la leggerezza

www.lauretana.com

14 residuo fisso in mg/l

1,0 sodio in mg/l

0,55

consigliata a chi si vuole bene

Sommario numero 2-3 2020

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia.

- tribuna
 Appello al voto
 Guido Giustetto,
 Gianluigi D'Agostino
 - 6 editoriale Che cosa ha insegnato il virus SARS-CoV-2? Mario Nejrotti
 - **9 echi istituzionali** Sintesi dell'Assemblea generale

focus COVID-19

- SARS-CoV-2. Dalla tragedia un modo diverso di agire e collaborare in Sanità *Mario Nejrotti*
- 12 Il paradigma rovesciato Marco Araldi, Maria Milano
- Osservazioni preliminari ed elementi giuridici Nicola Enrichens
- Un muro che divide lo sporco dal pulito Michela Chiarlo
- 22 Una crisi senza precedenti. L'incertezza economica il Pensiero Scientifico editore
- 29 Il contagio sanitario ed economico il Pensiero Scientifico editore
- 35 COVID-19. La dieta al tempo del Coronavirus: tra fake news e (poche) evidenze Andrea Pezzana, Michela Zanardi, Luca De Carli
- **40** Epidemie e cambiamento *Franco Lupano*
- **45** La differenza tra la corona e il corona *Francesca Cavallini*

focus COVID-19 intervista a:

- **48** Guido Giustetto
- 52 Gianluigi D'Agostino
- **55** Guido Regis
- 58 Chiara Rivetti
- Giovanni Di Perri
- **67** Ferruccio Fazio
- **70** Giancarlo Isaia
- 73 Giovanni Asaro
- **76** Rosella Zerbi
- 78 focus COVID-19 le interviste da ascoltare

focus COVID-19 torinomedica.com

- 80 Il bias del pregiudizio cognitivo al tempo della pandemia da COVID-19
- **82** La cura del cancro ai tempi di COVID-19
- Linguaggio e COVID-19. La forma della lontananza
- 87 Contagio: un approccio narrativo per comprendere l'impatto psicologico e sociale della pandemia

focus COVID-19 infodemia

Monitoraggio della diffusione della disinformazione sul COVID-19

focus COVID-19 comunicati stampa

- **92** Ripartire in sicurezza nell'attività sanitaria
- "L'Italia chieda immediatamente le risorse finanziarie del Mes"

Dottore, ma è vero che...?
Di fronte al SARS-CoV-2
siamo tutti uguali?

Direzione, Redazione, Corso Francia 8 10143 Torino Tel. 011 58151.11 r.a. Fax 011 505323 torino.medica@omceo.to.it www.omceo.to.it

all'indirizzo:

omceo-to.it

@OmceoTo

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è

possibile scrivere alla redazione

torinomedica@omceo.to.it

facebook.com/omceoTorino

Presidente Guido GIUSTETTO

Vice Presidente Guido REGIS Segretaria

Rosella ZERBI

Tesoriere Chiara RIVETTI

Consiglieri Maria Antonella ARRAS Domenico BERTERO Tiziana BORSATTI Emilio CHIODO Riccardo FALETTI

Carlo FRANCO Ivana GARIONE Fernando MUIÀ Aldo MOZZONE Renato TURRA Roberto VENESIA Patrizia BIANCUCCI (Od.) Vincenzo Michele CRUPI (Od.) Gianluiqi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri Gianluigi D'AGOSTINO Presidente Patrizia BIANCUCCI Claudio BRUCCO Vincenzo Michele CRUPI Bartolomeo GRIFFA Revisori dei Conti Riccardo FALCETTA Presidente Daniela Angela DELLAPIANA Angelica SALVADORI Sebastiano ROSA Supplente TORINO MEDICA Direttore: Guido Giustetto Direttore responsabile: Mario Nejrotti

Progettazione e supervisione: Rosa Revellino

Coordinamento redazionale: Noemi Urso

Redazione: Luca Nejrotti, Silvia Pellicciotta, Laura Tonon (Il Pensiero Scientifico editore) Aut. del Tribunale di Torino n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino Tel. 011 359908 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it Grafica e Design SGI Srl





DAL 20 SETTEMBRE AL 13 OTTOBRE LE CONVOCAZIONI DELLE ELEZIONI PER IL RINNOVO DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL NOSTRO ORDINE PER IL PROSSIMO QUADRIENNIO 2021-2024

Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino

Gianluigi D'Agostino
Presidente CAO Torino

I mesi difficili dell'emergenza COVID-19 hanno rappresentato una prova inedita, una sfida estrema e di grande complessità per la nostra professione. Il nostro ruolo ci ha richiesto di andare oltre al disagio e alla paura che hanno sconvolto la quotidianità di tutti e di diventare un riferimento per l'intera comunità, spesso correndo rischi in prima persona per curare i malati e proteggere le persone più fragili. In questo contesto è aumentata la consapevolezza del valore della figura del medico nella nostra società, c'è stato un nuovo riconoscimento del compito indispensabile svolto dalla scienza e dalla ricerca. Ed è emersa, di pari passo, l'importanza di avere un Ordine professionale che sia la voce e l'organo di rappresentanza di tutti i medici e gli odontoiatri, che si esprima con autorevolezza e tempestività sulle problematiche più urgenti.

L'Ordine di Torino, durante questo periodo, ha cercato con tutti gli strumenti a disposizione di dare il proprio contributo per fronteggiare l'emergenza: portando avanti le istanze dei medici e degli odontoiatri, sollecitando le istituzioni direttamente e attraverso gli organi di stampa, informando i colleghi e la popolazione, partecipando attivamente alle decisioni, quando chiamato in causa, come è avvenuto per la task force formata dalla Regione Piemonte.

Dunque questa volta partecipare al voto per il rinnovo delle cariche elettive dell'Ordine per il prossimo quadriennio 2021-2024 e, successivamente, impegnarsi all'interno delle commissioni ordinistiche, assume un significato ancora più importante rispetto al passato. Perché solo aumentando la partecipazione, solo mettendo a confronto le diverse idee possono crescere il peso e l'autorevolezza del nostro Ordine.

Esserci vuol dire potersi esprimere, poter dire la propria opinione. E un Ordine è più forte, anche e soprattutto verso l'esterno, se è in grado di rappresentare davvero tutti, con le proprie richieste, proposte e convinzioni.

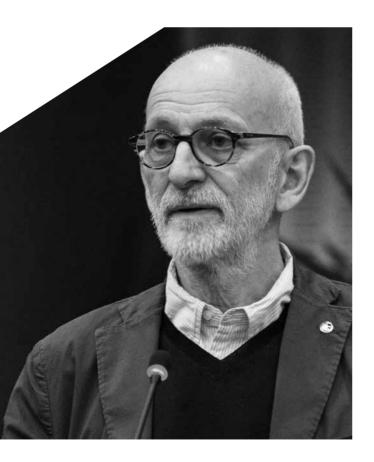
A maggior ragione se pensiamo che l'emergenza sanitaria, come sappiamo bene, potrebbe non essere terminata e, anzi, in autunno nella nostra regione potrebbe verificarsi una nuova ripresa dei contagi. In un simile scenario, l'Ordine giocherà nuovamente un ruolo di grande rilevanza come espressione di tutti i medici e di tutti gli odontoiatri.

Avere più forza e più credibilità significherà, quindi, avere maggiore capacità di farsi sentire e di incidere sulle scelte di politica sanitaria che riguardano la nostra professione.

Lo scorso mese di agosto sono state spedite a tutti voi – via PEC, posta prioritaria e mail – le convocazioni per le tornate elettorali da settembre a ottobre.

La legge Lorenzin del gennaio 2018 ha modificato diversi aspetti delle procedure elettorali. Le novità che interessano più direttamente gli elettori sono: la necessità, per i colleghi che desiderano essere eletti, di candidarsi formalmente; la possibilità di votare, oltre i singoli colleghi, anche una lista predefinita senza dover scrivere tutti i nomi dei candidati; la convocazione di una terza tornata elettorale senza quorum qualora nella prima e nella seconda non si raggiungano, come in passato, i votanti previsti. Rispettivamente il 40% e 20% degli iscritti.

Tutti questi aspetti sono approfonditi sul sito dell'Ordine in una sezione dedicata all'indirizzo https://omceo-to.it/elezioni-2021/ e visibile in home page dove sono riportate le informazioni sulle procedure elettorali, il regolamento e la circolare esplicativa FNOMCeO, le date e gli orari delle votazioni e gli avvisi sulla necessità di una seconda o terza convocazione.





Che cosa ha insegnato il virus SARS-CoV-2?

di Mario Nejrotti

È utile investire nei sistemi di salute

A gennaio nessuno nel mondo, ascoltando le prime notizie della comparsa di un virus in una provincia della Cina sconosciuta ai più, avrebbe immaginato di dover far fronte a una pandemia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità durante lo scorso decennio ha più volte lanciato l'allarme di episodi epidemici e pandemici, che non hanno preoccupato in modo particolare l'opinione pubblica e il mondo scientifico.

I sistemi sanitari del pianeta, da quelli pubblici a quelli a maggiore vocazione privatistica, sono stati considerati puri generatori di spesa e nessuno, neanche tra gli economisti più attenti, ha ritenuto questa voce di spesa un tassello indispensabile al buon funzionamento di società ad alto o basso reddito e strumento su cui investire per evitare, in caso di imprevisti sanitari, un tracollo sociale economicamente molto più disastroso. Nessuno, infatti, ha pensato che le revisioni di spesa, periodicamente fatte al capitolo salute nei bilanci degli Stati, non sarebbero state operazioni puramente economiche di risparmio, a vantaggio di bilanci più o meno disastrati, ma vere e proprie mine vaganti dal potenziale altamente distruttivo.

L'immortalità irraggiungibile

La stessa opinione pubblica, ormai assuefatta a malattie note, anche gravi, contro le quali la medicina offre sempre soluzioni, non è stata intimorita dalle prime notizie di lockdown, contagi e decessi, che venivano da molto lontano.

In fondo l'influenza è sempre arrivata dall'est, si diceva. Questa nuova non faceva paura. Ci si rassicurava con questo preconcetto, sostenuto anche da azzardati scienziati, che preferivano una presuntuosa vetrina mediatica al silenzio della speculazione e della ricerca.

È accaduto tutto velocemente: il virus si è diffuso, gli infetti e i malati sono aumentati e gli anziani hanno incominciato a morire in numero sproporzionato, soprattutto nelle case di riposo pubbliche e private.

Morivano proprio quegli anziani che costituivano la parte di popolazione fragile ma ritenuta da tutti, dalle famiglie ai sanitari, protetta e curata, tanto da poter vivere molto a lungo, nonostante le patologie croniche. Proprio loro sono stati colpiti più duramente e hanno contribuito con la gravità delle loro sindromi a mettere in crisi il sistema ospedaliero.

Il virus ha mostrato a tutti una cruda realtà. L'allungamento della sopravvivenza dei nostri anziani non va di pari passo con la qualità della loro vita e la capacità di reagire agli imprevisti.

Non basta che un essere umano sia mantenuto in vita con farmaci che determinano un equilibrio più o meno precario. Se l'anziano non è sano ha un rischio di soccombere a fatti patologici acuti molto elevato.

La storia delle malattie infettive ce l'aveva insegnato nei secoli passati, ma la maggior parte della popolazione se lo era dimenticato e coltivava un irrazionale sentimento di immortalità, o per meglio dire di "mortalità limitata".



Sanitari più deboli, ma più consapevoli

I sanitari, pur consapevoli della fragilità e della caducità della vita, da decenni sono immersi in una cultura che, anche se lontana dall'onnipotenza terapeutica, si culla nella conoscenza e prevedibilità dell'andamento della quasi totalità delle malattie più diffuse e dei loro meccanismi fisiopatologici.

La diagnosi è nella maggior parte dei casi raggiungibile e la prognosi plausibile, sia per gli esiti fausti sia per quelli infausti.

Epidemie localizzate, benché gravi come l'Ebola e la SARS, hanno coinvolto aree limitate e sono state gestite da gruppi di sanitari altamente specializzati, che non hanno modificato la cultura corrente nei confronti di eventuali malattie infettive nuove e disastrose, dalle quali è prima di tutto indispensabile proteggersi.

Il virus SARS-CoV-2, nei primi mesi, ha potuto contare sul fatto di essere totalmente sconosciuto e di infettare e uccidere attraverso meccanismi che nessuno poteva prevedere.

Medici e infermieri si sono trovati per un lungo periodo di tempo spaesati nel curare sindromi complesse, che coinvolgevano organi e apparati differenti, che sfruttavano le stesse difese dell'organismo per produrre quadri irreversibili e di rapidissima progressione.

La scienza ha superato i confini degli Stati e le differenze tra i popoli, e ha prodotto una messe mai vista prima di ricerche importanti

Essere chi si deve essere

Il sistema, impreparato, ha lasciato i sanitari drammaticamente indifesi e molti hanno pagato la loro abnegazione e il loro coraggio con la vita.

Chi ha dedicato la propria esistenza a curare gli altri si è trovato improvvisamente precipitato in un periodo oscuro, senza mezzi per capire e curare un fenomeno naturale sconosciuto.

Pochi farmaci e poco efficaci, poche protezioni, nessuna organizzazione: una disperata lotta per salvare chi poteva resistere.

Proprio la presenza di un evento grave che coinvolgeva tutti, però, ha fatto crescere nei sanitari una grande certezza: la decisione collettiva che nessuno si sarebbe tirato indietro e tutti, nonostante il rischio concreto di morire, in ambienti saturi di virus, avrebbero fatto "tutto quello che era possibile", come ogni generazione passata di chi si è occupato della salute delle persone.

Poi la scienza, la ricerca e la pratica professionale, come riprendendosi da uno shock, hanno di nuovo incominciato a produrre esperienze, osservazioni, valutazioni, esperimenti e verifiche. I meccanismi della COVID-19 non sono stati più un mistero completo, e tra le terapie qualcuna ha dato i suoi primi timidi ma sicuri frutti.

La scienza ha superato i confini degli Stati e le differenze tra i popoli, e ha prodotto una 🕨

editoriale

messe mai vista prima di ricerche importanti. Il metodo scientifico ha rapidamente ripreso il sopravvento sulle impressioni, le sensazioni, le fake news, "la magia", e ha imboccato una strada lenta, che porterà alle soluzioni sperate.

Il medico, nelle vesti di scienziato, ricercatore e professionista, ha indiscutibilmente riassunto, purtroppo anche in modo tragico, il suo posto nella società. Ha riscoperto il significato profondo del proprio ruolo al di sopra di ogni difficoltà e rischio.

Una crescita politica possibile

Nei primi mesi la salvaguardia della salute è dipesa principalmente dall'isolamento, dal distanziamento e dalle protezioni individuali, che erano insufficienti per tutti.

Segregazione, blocco sociale ed economico con tutte le conseguenze che continueremo a subire per ancora molto tempo.

I governanti, tra mille tentennamenti e indecisioni, riportavano la popolazione alla tragica consapevolezza del rischio del diffondersi incontrollato del virus e della concreta possibilità di ammalarsi e morire.

Lo sviluppo economico, fino ad allora indiscusso obiettivo di ogni provvedimento politico, cedeva il passo alla necessità di salvare quante più vite possibile.

Gli errori del passato erano davanti agli occhi esterrefatti dell'opinione pubblica.

Dove avevano condotto le scelte politiche di decenni? A sistemi sanitari pubblici sempre più fragili e permeabili all'imprevisto, a ranghi di medici e infermieri ridotti al limite del sostenibile, a sistemi privati che acuiscono di fatto le diseguaglianze sociali e, di fronte a eventi come la pandemia di COVID-19, abbandonano le fasce più deboli della società e le persone più fragili.

Infatti, la nazione più potente del mondo, gli Stati Uniti d'America, con un sistema sanitario di stampo prevalentemente privatistico e assicurativo, è quella in cui si conta attualmente il maggior numero di infetti, malati e morti di tutto il pianeta.

La rincorsa alla riorganizzazione dei sistemi sanitari e al loro rifinanziamento dimostra una presa di coscienza dei decisori, che si spera non sia solo dettata dall'onda emotiva.

Le stesse "grandi manovre" di finanziamento comunitario dell'Unione Europea, che mirano finalmente a uno sviluppo concreto soprattutto delle giovani generazioni e non solo al risparmio, sono figlie della consapevolezza che occorre prepararsi a eventi non prevedibili, in un sistema complesso come quello della società umana sulla Terra.

Non solo dolore, ma anche opportunità

Il SARS-CoV-2, oltre al suo tremendo carico di dolore, che per certi aspetti è solo all'inizio, ha offerto anche la possibilità di vivere con maggiore consapevolezza e responsabilità.

A partire da ciascun individuo, che non deve affidarsi esclusivamente ai farmaci per la difesa di una salute ormai minata ma deve curare il proprio corpo con stili di vita sani, che non lo espongano a malattie croniche degenerative, che lo rendono con il passare del tempo più fragile e aggredibile da eventi inatteri

La comparsa del virus ha cambiato anche il modo di agire dei sanitari, dimostrando quanto possono essere limitate le conoscenze e le possibilità di azione di fronte a nuove sfide patologiche. Nello stesso tempo ha riportato in superficie l'importanza del prendersi cura sempre e a ogni costo dei malati, affidandosi alla buona pratica, alla ricerca e al metodo scientifico.

Ha dimostrato, infine, a politici e amministratori che la salute è un bene primario non negoziabile che deve essere garantito a tutti. Le scelte politiche in tutti i campi sono un potente "determinante" del benessere della popolazione e nessuna scelta deve sacrificarlo, in nome di uno sviluppo economico senza limiti ed equilibrio.



2020. Un'Assemblea degli Iscritti suggestiva quella di giugno. Non tanto per la location, nella sempre splendida sala conferenze di Villa Raby. Suggestivo invece è stato il clima, suggestivi i temi trattati e le testimonianze dirette, ma soprattutto la qualità della partecipazione che quest'anno, nonostante le misure di sicurezza per COVID-19, è stata molto più forte degli anni passati.

A differenza delle precedenti infatti, l'Assemblea non è stata guidata da relazioni o presentazioni, ma dal dialogo con i partecipanti.

A introdurre i lavori il discorso del Presidente Guido Giustetto che ha sintetizzato i punti fondamentali del periodo dell'emergenza, gli interventi dell'Ordine, gli impegni istituzionali e la presenza strategica all'interno della task force della Regione Piemonte per la gestione dell'emergenza.

Intervento di sintesi anche del Presidente CAO Gianluigi D'Agostino per ribadire l'impegno nel periodo più critico dal punto di vista sanitario anche sul fronte disciplinare nei confronti di chi non ha seguito le direttive ordinistiche.

A seguire i passaggi consueti, la descrizione degli impegni economici dell'Ordine e la presentazione dei bilanci (consuntivo e preventivo) approvati tutti all'unanimità.

Il Presidente Giustetto ha inviato i partecipanti a ritrovarsi dopo l'estate per un confronto attivo sui futuri progetti dell'Ordine di Torino.

COVID-19





SARS-CoV-2. Dalla tragedia un modo diverso di agire e collaborare in Sanità

di Mario Nejrotti

Il Focus di questo numero è dedicato alla pandemia da SARS-CoV-2.

Abbiamo voluto ripercorrere le tappe dell'emergenza, attraverso punti di vista differenti, interviste con i protagonisti regionali e nazionali.

La convivenza con questa nuova minaccia per la nostra salute ha portato a modificare mentalità, atteggiamenti consolidati e decisioni politiche, che sono apparsi non solo insufficienti a reagire a eventi improvvisi e gravi, ma spesso dannosi per la gestione ordinaria della salute.

Specialmente politici e amministratori sono stati costretti a prendere decisioni in itinere che, seppur giustificate dall'emergenza, si sono dimostrate spesso insufficienti, se non inefficaci a risolvere i problemi che via via si presentavano.

Tre aspetti sono apparsi più critici:

- l'incapacità organizzativa nei primi tempi della crisi, causata da un Sistema Sanitario Nazionale depauperato e disorganizzato;
- la scarsa o assente capacità di proteggere gli operatori, costretti a lavorare in condizioni disperate;
- l'impossibilità di evitare il contagio per le fasce più fragili e gli anziani che hanno pagato un prezzo altissimo all'infezione dilagante, proprio in quei luoghi dove dovevano essere più protetti.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, fin da subito, ha cercato di aiutare sanitari e cittadini, anche oltre le proprie tradizionali competenze.

Esso ha levato alta la sua voce per stimolare i decisori a superare tentennamenti ed errori di valutazione e ha denunziato mancanze e inappropriatezze. Si è poi messo a disposizione con le competenze che gli derivano dal suo ruolo per cercare una strada organizzativa che limitasse danni ai sanitari e rendesse meno aggressiva la diffusione del virus. Vi sono stati molti interventi nel corso di questi mesi da parte degli Ordini piemontesi e in particolare dell'OMCeO di Torino.

Molti sono stati i tavoli di lavoro a cui ha partecipato in prima persona e importante è stato l'apporto dell'istituzione nel rapporto con la componente pubblica a livello regionale, riverberata dalla FNOMCeO, come era opportuno, anche a livello nazionale.

Con la partecipazione alla Task Force regionale, guidata dal professor Ferruccio Fazio, l'Ordine ha voluto rimarcare che il potere politico-amministrativo non può prescindere dall'ascolto delle professioni e da una presa in carico dei problemi, seguendo parametri scientifico-professionali e non esclusivamente politici.

I gestori della salute devono cambiare una vecchia mentalità che vede ancora troppo spesso i sanitari, allorquando formulano le loro proposte organizzative, normative ed economiche, come una controparte, dimenticando che il benessere dei cittadini deve essere l'obiettivo comune di istituzioni e sanitari.

Gli articoli e le interviste raccolte in questo Focus, ripercorrendo anche la storia di questa tragedia, vogliono essere allo stesso tempo documento delle difficoltà affrontate e di quanto di buono è stato fatto e studiato, per contribuire all'ulteriore sviluppo della collaborazione tra cittadini, medici, sanitari e organi politici locali e nazionali.



La Medicina generale da sempre privilegia la persona rispetto alla malattia, spostando il focus della consultazione clinica da una medicina "disease centred" a una "patient centred" e mettendo al centro del processo di cura la relazione medico-paziente.

La relazione si costruisce fra gli esseri umani attraverso la comunicazione, verbale e non-verbale, che si mantiene nel tempo e si approfondisce arricchendosi di connotazioni affettive importanti.

Certamente non possiamo controllare e indirizzare le opinioni e il comportamento dei nostri pazienti attraverso la comunicazione, ma possiamo gestire e orientare il nostro comportamento per favorire nell'altro una risposta positiva e costruttiva.

Poiché in Medicina generale (MG) il rapporto con le persone dura spesso molti anni e le visite in ambulatorio e a domicilio si ripetono moltissime volte nel corso della vita, il medico di MG può negli anni modulare la comunicazione in un continuo feedback, adattandola ai cambiamenti relazionali che negli anni si evolvono.

Per utilizzare la definizione di Traina (1991) possiamo dire che la consultazione in MG è quell'insieme di implicazioni psicologiche e di dinamiche relazionali che inevitabilmente contrassegnano l'incontro fra un malato e il suo terapeuta.

In questo spazio relazionale così particolare assume peculiare importanza l'atto medico dell'esame obiettivo clinico, volto a valutare i segni patognomonici di malattia e a considerare i sintomi presentati dal paziente, caratterizzandosi come un esame obiettivo definito e "focalizzato".

Anche se il clinico esperto ha ben presente quale possa essere il tasso di certezza diagnostica derivante dall'esame fisico, non si può negare come valenza clinica e valenza comunicativa del gesto medico siano strettamente connesse.

Nella visita clinica si superano le barriere culturali, quelle derivanti dall'accesso all'intimità corporea, quelle psicologiche, assumendo il gesto medico diagnostico sia una valenza rassicurativa che una valenza negativa, in qualche modo intrusiva e in un certo senso profanatoria.

Ma il paziente, nell'ambito della consultazione, comunque "si aspetta" il gesto medico della visita, convinto che, nel suo caso, l'esame clinico sia comunque e sempre sostanziale e dirimente.

Fondamentale è l'aspetto della rassicurazione che l'atto medico adduce, molto più profonda della spiegazione razionale del sintomo presentato, in quanto non verbale, come esperienza non mediata: in quel momento il medico compie una "azione parlante", un atto clinico eseguito intenzionalmente, con valenza relazionale, che, attraverso un'azione concreta, comunica gualcosa al paziente.

Inoltre, l'esame fisico clinico può divenire una sorta di riproduzione in "laboratorio" di un sintomo, e permette la comunicazione al paziente dei risultati delle valutazioni cliniche in una situazione in cui egli sperimenta direttamente. L'esame obiettivo diviene, se ben condotto, il miglior modo per rendere partecipe il paziente del processo di ragionamento clinico.



Infine, l'esame fisico può essere utilizzato come un test clinico per confermare o escludere un'ipotesi diagnostica precedentemente generata, tenendo ben presente come in MG, primo livello di cura, la presentazione di malattia avvenga assai spesso con sintomi aspecifici e indistinti.

Questo paradigma, fino a oggi incontrovertibilmente accettato e applicato nell'ambito della consultazione in Medicina generale, è stato completamente rovesciato dall'epidemia provocata dal nuovo coronavirus SARS-CoV-2.

In questa particolare situazione non è stato più possibile continuare la normale e regolare attività clinica quotidiana, per via dell'alto rischio di propagazione dell'infezione virale nella popolazione e, in particolare, nel personale medico e infermieristico operante nella MG.

Sono state pertanto delineate differenti modalità di accesso agli ambulatori di MG, soltanto dopo triage telefonico con l'infermiere o con il medico stesso, soltanto su appuntamento a orario indicato e per situazioni patologiche gravi, urgenti e non procrastinabili. Le consultazioni cliniche affrontate quotidianamente negli ambulatori della MG, anche se inerenti patologie distanti dall'emergenza Coronavirus, quali ad esempio le crisi ipertensive, le patologie acute addominali legate all'apparto digerente o urinario, le piccole urgenze traumatologiche, avvengono ora in un clima irreale, differente da quello che è il nomale setting ambulatoriale: medici e infermieri vestiti con le scarse protezioni personali (quali mascherine, guanti, camici monouso, schermi e barriere); cittadini allarmati dal clima di tensione e apprensione e stupiti a loro volta dello scarso affollamento dell'ambulatorio; visite cliniche accurate ma con il minimo contatto fisico medico-paziente e la massima rapidità possibile.

I pazienti che alla consultazione telefonica presentavano sintomi febbrili, con tosse, faringodinia, poliartralgie e malessere generale, suggestivi per iniziale infezione virale da COVID-19, sono stati invitati a rimanere nelle proprie abitazioni, in isolamento precauzionale, attendendo il contatto telefonico del loro medico curante nel più breve tempo possibile e il successivo monitoraggio attivo ricorrente (dei parametri di temperatura, stato di idratazione, possibilità di alimentarsi normalmente, affanno respiratorio e altri sintomi, ove è stato possibile fornire al paziente un saturimetro anche il valore della saturazione d'ossigeno, o in sua mancanza la somministrazione del Roth Score) fino a guarigione, o ad accompagnamento tramite attivazione del 112 in ospedale nei casi più critici.

Si è delineato un differente e nuovo profilo di presa in carico e assistenza ai pazienti (costretti all'isolamento precauzionale perché sospetti contatti o alla quarantena in quanto affetti da Coronavirus), con un approccio telefonico standardizzato e progressivo a seconda della gravità del quadro clinico che ha contribuito a rassicurare i pazienti anche in assenza di esame obiettivo clinico.

In questo modo la stragrande maggioranza dell'attività clinica della giornata del medico di MG (MMG) si svolge al telefono, nel compito di monitorare e gestire la situazione clinica domiciliare dei pazienti oltre ai rapporti con l'autorità sanitaria.

L'accettazione e l'applicazione di questo nuovo paradigma operativo non è stata agevole ed immediata per tutti i MMG.

Per molti l'imperativo professionale era rimasto quello di esaminare comunque tutti i pazienti che si presentavano in ambulatorio, per qualunque motivazione, infetti o semplicemente sospetti, nonostante l'insufficiente dotazione di protezioni individuali a disposizione. Questo atteggiamento in alcuni colleghi è stato forse determinato da una certa rigidità nel modificare i protocolli clinici e le proprie abitudini professionali: per coloro che lavorano da soli è stato sicuramente più difficile modificare nella direzione di una maggiore protezione la loro pratica clinica, mentre per i medici nelle medicine di gruppo e nelle Case della salute i protocolli operativi di protezione del personale sono

La dimostrazione dell'affetto e della considerazione che la maggior parte dei pazienti ha ripetutamente manifestato ha dato ai curanti una dimensione emozionale differente e più profonda del rapporto medicopaziente

stati studiati e condivisi ampiamente con i colleghi e implementati a seconda dello sviluppo della situazione sanitaria.

Questa particolare, nuova e inaspettata declinazione dell'attività clinica del MMG ha portato nei medici stessi differenti stati emotivi, in un certo senso anche qualche volta contrastanti.

Un'importante quota di ansia e preoccupazione è venuta sicuramente dal pericolo di infettarsi e di essere a nostra volta portatori di malattia nei confronti di altri, in primis i nostri familiari.

Per alcuni colleghi, privati del colloquio diretto con il paziente, della visita clinica e del conseguente approccio diagnostico e terapeutico ai problemi presentati, è subentrata l'impressione di una sorta di "vuoto professionale", giungendo paradossalmente a chiedersi: "Cosa ci faccio io oggi in ambulatorio?".

Questa differente percezione del nuovo frangente ha portato a due posizioni estreme: da un lato alcuni medici, pochi in realtà, hanno scelto di fuggire dalla situazione e hanno cercato colleghi che li sostituissero completamente in tutte le loro funzioni sin dall'inizio della pandemia; dall'altro lato alcuni hanno deciso di estremizzare un comportamento altruistico operando con passione nelle fasi iniziali della pandemia, senza protezioni o quasi, nella cura instancabile dei propri pazienti infetti, in ambulatorio e a domicilio.

Nel mezzo, la gran parte dei MMG, soverchiati dalla mole di contatti improvvisamente decuplicati, per via telefonica, via mail, WhatsApp e, all'interno della cartella clinica, con Millebook, impegnati nel triage telefonico dei pazienti che richiedevano una visita in ambulatorio, coinvolti nelle visite virtuali in video-chiamata, si sono dovuti rapidamente calare in un setting professionale completamente differente, per molti aspetti anche più stressante ed emotivamente impegnativo.

La sensazione che più frequentemente è stata poi percepita dai colleghi è stato il senso di incertezza che ha subdolamente invaso un po' tutti gli ambiti della vita di ciascuno. Un'insicurezza legata in gran parte agli interrogativi che lo sviluppo della pandemia ha portato con sé, sulla vita sociale ed economica del nostro Paese, ma anche un'incertezza connessa alle difficoltà di interpretazione e applicazione delle normative, continuamente modificate, per le modalità, ad esempio, di segnalazione al SISP dei pazienti, alla certificazione di malattia INPS dei soggetti definiti unicamente "sospetti", o del personale sanitario che si è infettato sul posto di lavoro, entrando a volte in conflitto con i medici competenti e le procedure INAIL.

D'altra parte, è stata esperienza comune di tutti noi come la dimostrazione dell'affetto e della considerazione che la maggior parte dei pazienti ha ripetutamente manifestato abbia dato ai curanti una dimensione emozionale differente e più profonda del rapporto medico-paziente, compensando, anche se soltanto parzialmente, il senso di vuoto provocato dall'assenza del contatto umano diretto. L'emergenza sanitaria legata alla pandemia di SARS-CoV-2 ha inoltre messo in luce in maniera drammatica la povertà di strumenti di analisi e supporto psicologico alla funzione curante, che dovrebbero al contrario essere fruibili e a disposizione di ogni professionista occupato nella cura della salute della persona. Sarebbe fondamentale, in quest'ottica, fornire a tutti gli operatori sanitari gli strumenti per aumentare la propria sensibilità nel riconoscere i segnali dell'esaurimento emotivo e fisico derivanti dall'attività di cura, in questo particolare momento amplificati dalla distorsione del setting proprio della MG provocata da questa emergenza: è importante maneggiare con sicurezza gli strumenti di autoanalisi dello stress lavoro-correlato per evitare il conseguente burnout. Un primo passo essenziale è conoscere i meccanismi psico-emotivi personali che stanno alla base delle proprie capacità di resilienza, intesa come capacità dell'individuo di fronteggiare un evento traumatico, come quello della pandemia da SARS-CoV-2, e di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità. In tal modo il MMG potrebbe essere istruito a coltivare le proprie capacità di resilienza, modificando gli strumenti di supporto all'organizzazione dell'attività professionale quotidiana, riconquistando il corretto spazio della relazione medico-paziente e incrementando qualunque tipo di attività positiva (l'attività sportiva, la mindfulness, lo yoga, l'esercizio delle arti figurative e dell'attività musicale ecc.) rivolta al benessere della propria persona, fisico e mentale.

La domanda che sorge spontanea è: "Torneremo a lavorare come un tempo, o questa esperienza ha modificato profondamente il nostro modo di essere, donne e uomini prima ancora che MMG, verso un nuovo paradigma professionale"?



Osservazioni preliminari ed elementi giuridici Covid-19

Nicola Enrichens Dottore di ricerca in Diritto, persona e mercato - Torino

A quasi sette mesi dai primi focolai di infezione da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), si possono offrire al lettore alcune considerazioni sia sul versante dei fattori che hanno concorso alla esponenziale diffusione dell'epidemia nella cosiddetta "Fase 1", sia sul versante giuridico.

Due osservazioni preliminari sono opportune.

In primo luogo, il virus ha colpito le persone anziane – in particolare coloro che dimoravano in strutture di ricovero e assistenza a lungo termine (case di Riposo, RSA e strutture sociosanitarie) – ma anche persone più giovani: in questo caso si tratta soprattutto di personale sanitario e di lavoratori esposti, oltre a focolai di contagio da contatto nei nuclei familiari.

In secondo luogo, la chiusura della socialità ha destabilizzato la vita di tutti.

Ciononostante, per quanto riguarda la Fase 1, le misure di contenimento disposte dal Governo e varate tenuto conto delle raccomandazioni, dei protocolli e dei pareri dell'Istituto Superiore di Sanità e del Comitato Tecnico Scientifico del Ministero della Salute sono state rispettate a fronte, tuttavia, di un dibattito politico acceso avente per tema centrale la tutela dei diritti e delle libertà di ciascun individuo, in considerazione del fatto che l'art. 32 della Costituzione tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Data tale ricostruzione preliminare, si segnalano alcuni, non esclusivi, fattori che hanno concorso alla diffusione del SARS-CoV-2 durante la Fase 1:

1. Fattore demografico. Nell'attuale scenario demografico (ISTAT 2019), è stato stimato che in Italia la durata della vita media è superiore a 80 anni: più in particolare, la stima è di 80,8 anni per gli uomini, mentre per le donne è di 85,2.

Il dato è sicuramente incoraggiante ed è rappresentativo del fatto che i professionisti del Sistema Sanitario Nazionale, istituito con la nota legge n° 833 del 1978, hanno ben operato negli ultimi quarant'anni: ciononostante, il progressivo avanzamento nell'età delle persone ha nuovamente portato alla luce il fatto che la popolazione italiana è oggi composta da soggetti anziani e fragili dal punto di vista della protezione sanitaria.

- **2. Mobilità delle persone.** L'alta concentrazione delle persone che lavorano nelle grandi aree metropolitane ha favorito la diffusione del SARS-CoV-2: non a caso, la percentuale più alta di contagio è tutt'ora riscontrata nelle zone più produttive dell'Italia e a maggior mobilità, anche se occorre comunque segnalare che nelle regioni italiane del Sud il SARS-CoV-2 ha incominciato a diffondersi in una fase successiva rispetto a ciò che è accaduto nel Nord Italia: pertanto, per quanto riguarda le Regioni del Sud ad alta concentrazione demografica, ad es. la regione Campania, si è potuto agire di riflesso, così contenendo il picco epidemico.
- **3. Assenza di un vaccino antivirale.** L'OMS ha dichiarato più volte che si dovrà attendere almeno un anno e mezzo.
- **4. Fattore giuridico-istituzionale.** La riforma del Titolo V della Costituzione italiana risalente all'anno 2001 ha affidato la competenza in materia di sanità alle Regioni; da ciò è derivato un federalismo sanitario che, in questa emergenza, ha consentito agli organi regionali di agire in quasi piena autonomia ad esempio per quanto riguarda la nomina di commissari speciali, l'emissione di ordinanze restrittive e la disposizione delle misure di contenimento (zone rosse).

Dato tale presupposto, se è vero che l'azione di contenimento è stata demandata a soggetti che bene conoscono il territorio, è anche vero che di fronte a una pandemia di così vaste proporzioni e a elevato rischio diffusivo è stato opportuno, in una fase successiva, garantire ai cittadini una maggiore centralità gestionale, così come è stato fatto per contenere il picco epidemico mediante l'istituzione di unità di crisi e mediante il costante confronto tra Governo e Istituto Superiore di Sanità.

Pertanto, il Servizio Sanitario Nazionale ha certamente, oggi, un'unità giuridica di fondo, tuttavia la Sanità e le strutture e aziende sanitarie dislocate sul territorio nazionale sono differenti tra di loro per attrezzature, disponibilità patrimoniale e risorse sanitarie.

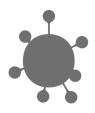
Tra l'altro, oggi operano sul territorio nazionale aziende pubbliche, aziende private, istituti di ricerca, RSA ed enti a diverso livello di accreditamento e l'apparato burocratico dello Stato, pur vigilando, non ha pieno titolo su tutte queste realtà.

Ad esempio nella Regione Lombardia e, in parte, anche nella Regione Piemonte, alcune strutture sanitarie private rappresentano un'importante parte del sistema sanitario locale e il medesimo discorso vale per gli istituti sanitari di ricovero per anziani. A fronte di tale composizione il dialogo operativo Stato-Regioni-strutture sanitarie e sociosanitarie a diverso livello di accreditamento e di autorizzazione è molto difficile, in quanto le Aziende Sanitarie e le RSA presentano un'organizzazione gestionale e di personale differente, anche sul versante patrimoniale.

Dati tali fattori diffusivi, occorre poi trattare una seconda questione, afferente alla "eventuale" responsabilità dei medici, degli infermieri, degli operatori sanitari e dei diversi livelli di amministratori impiegati nel comparto sanità (direttori generali, sanitari ecc.).

Sul punto, con particolare riferimento a ciò che è notoriamente accaduto nelle RSA, un primo problema che si è posto è di tipo strutturale: alcuni di tali istituti sono stati edificati molti anni fa e, pertanto, si può affermare che vi sia stata una negligente manutenzione delle suddette strutture da parte dei proprietari, siano essi statali o privati: tale compor-

L'alta concentrazione delle persone che lavorano nelle grandi aree metropolitane ha favorito la diffusione del SARS-CoV-2: non a caso, la percentuale più alta di contagio è tutt'ora riscontrata nelle zone più produttive dell'Italia e a maggior mobilità



tamento, almeno in via ipotetica, potrebbe far sorgere profili di responsabilità risarcitoria (c.d. culpa in vigilando).

Occorre poi segnalare che i dati epidemiologici delle fonti accreditate (sui principali canali di informazione) hanno confermato che il numero più alto di vittime da COVID-19 si è registrato proprio nelle RSA: per tale motivo, i familiari delle vittime sono ora in contenzioso per ottenere un qualche risarcimento per la perdita dei propri cari.

Sul punto il dibattito è acceso e occorrerà studiare a fondo i primi casi e le prime sentenze che renderà la magistratura: quantomeno sul versante penale, si è parlato, per quanto riguarda i medici e gli operatori sanitari, della possibilità di invocare, a propria difesa, la causa di giustificazione dello stato di necessità.

Solo in cenno, si segnala poi che la responsabilità del personale amministrativo è differente dalla responsabilità del medico, anche perché la fonte della prima si ricava, in primo luogo, dall'art. 28 della Costituzione (I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti), mentre la fonte della seconda risiede in una responsabilità professionale qualificata con particolare riferimento, nel diritto civile, agli artt. 1218, 2043, 2236 c.c (in materia di responsabilità), alle disposizioni contenute nella l. n° 24/2017 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) nonché alle disposizioni contenute nella l. n° 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) che ha da poco riformato la disciplina in materia di consenso informato.

Oggi, insieme alle suesposte fonti di responsabilità, alla luce della riforma del 2017, si deve considerare anche la responsabilità dell'azienda sanitaria che, quantomeno sul versante civile, è una responsabilità di tipo contrattuale.

Peraltro, ancora in assenza di dati certi, si è comunque da più parti osservato che il personale sanitario ha svolto la propria attività di cura verso i malati COVID-19 con il più alto grado di diligenza e perizia possibile, tale da escludere, quantomeno in via ipotetica, un considerevole contenzioso.

Tuttavia, non possono non svolgersi le seguenti considerazioni: la specializzazione che oggi vive il mondo sanitario ha portato, da un lato, al progredire della scienza e della sperimentazione medica, ma, per altro lato, ha anche esteso il muro dialettico tra il paziente e il medico, nel senso che il paziente che si rivolge al medico, soprattutto se poco informato, non dispone di conoscenze specifiche e, come sempre, porta con sé l'unica pretesa di essere curato bene.

Il ragionamento che sta alla base di tale considerazione obbliga, tuttavia, a tenere a mente il fatto che molti pazienti sono pluripatologici e anziani e, pertanto, in un contesto di progressivo invecchiamento è sempre più difficile per un medico curare definitivamente la malattia del proprio paziente. In questa considerazione, però, può fungere d'ausilio la dottrina giuridica che già da tempo, per quanto riguarda le attività non routinarie, ha chiarito che le obbligazioni dei medici sono obbligazioni di mezzi e non di risultato, nel senso che, tendenzialmente, il professionista della salute deve svolgere il suo compito facendo "tutto quanto possibile per curare", ma, qualora l'esito dovesse rivelarsi infausto, non è automatica la sua responsabilità.

A ogni modo, a fronte di una significativa parcellizzazione della rete sanitaria può verificarsi una non efficiente risposta all'utenza o asimmetria informativa: in tal modo il paziente si può trovare disorientato, anche alla luce di difformi comportamenti e convinzioni tra gli stessi professionisti, all'interno delle stesse società scientifiche e organizzazioni di specialisti, e, addirittura, tra la politica e la classe medica. Per fare un esempio, sicuramente sino agli anni Novanta i medici avevano più autonomia professionale da cui discendeva, sostanzialmente, una maggiore propensione nel dare risposte anche su questioni che potevano esulare dalla propria sfera di "stretta" specializzazione.

Per ciò che concerne l'Italia si può dire che sia stato il primo Stato democratico a mettere in atto misure per il contenimento del Coronavirus e, dunque, potrà garantire un supporto per Paesi con una rete sanitaria meno solida



Oggi assistiamo – con maggiore incidenza rispetto a qualche decennio fa – al fatto che il mondo sanitario sembra dare risposte alla collettività esclusivamente sulla base della specializzazione medica dei propri operatori: il virologo dà solo risposte di virologia, l'immunologo di immunologia... e così via.

Tale impostazione è sicuramente produttiva dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria interna, ma come contropartita può generare insicurezza in quei pazienti – e ve ne sono molti – ancorati all'idea che quando si va dal medico si ha la pretesa che costui, una volta individualizzato come persona fisica prima ancora che prestatore professionale, possa quantomeno risolvere, da solo, la maggior parte dei problemi di salute.

Vi è poi un'ultima questione: l'accesso alla facoltà universitaria di Medicina mediante test preselettivo ha sicuramente determinato una più alta preparazione – i medici italiani sono infatti tra i primi al mondo per attivismo, capacità ed esperienza: tuttavia, il numero di medici si sta dimostrando ancora esiguo per fronteggiare situazioni di grave emergenza sebbene si attesti, oggi, intorno alle 250.000 unità tra medici di Medicina generale, specialisti e pediatri di libera scelta.

In linea conclusiva, alcune misure di prevenzione legate all'esposizione ambientale, in futuro, potranno aiutare a prevenire l'insorgenza di alcune infezioni, soprattutto nei Paesi più poveri e in via di sviluppo: è pur certo che la pandemia si sarebbe comunque verificata, ma la prevenzione e il lavoro per un ambiente più salubre, affiancato da adeguate misure sanitarie su larga scala e oltre i confini statali, ad esempio di concerto con l'Unione Europea e l'OMS, potrebbe ridurre la diffusione di malattie contagiose come fu per il morbillo, per il vaiolo, per la spagnola, per l'asiatica, e come è stato per la SARS.

Pertanto, per ciò che concerne l'Italia che sicuramente si pone, a livello mondiale, tra i Paesi con un sistema sanitario molto efficiente, si può dire che sia stato il primo Stato democratico a mettere in atto misure per il contenimento del Coronavirus e, dunque, potrà garantire un supporto per Paesi con una rete sanitaria meno solida.

Restano ancora aperti due quesiti:

- 1. Come ci si organizzerà allorquando il virus ritornerà?
- 2. Come si svilupperà il contenzioso in punto risarcimento del danno?

Quanto al primo quesito attenderemo le risposte dei professionisti sanitari, che, per ora, mostrano cautela in quanto il SARS-CoV-2 è ancora in circolazione e, con ogni probabilità, potrà ripresentarsi nel prossimo autunno.

Quanto al secondo quesito, in attesa di dati più significativi, si può affermare che un primo orientamento del contenzioso sembra oggi rivolgersi non tanto ai professionisti della salute che, in alcuni casi, si promuovono parte lesa – in quanto carenti, ad esempio, di idonei dispositivi di sicurezza – ma nei confronti delle responsabilità degli enti e, nel caso di strutture sanitarie private, anche nei confronti dei proprietari delle medesime, fermo restando che la normativa in questione ancora appare confusa e certamente non univoca rispetto alle singole Regioni.



Michela Chiarlo MeCAU Ospedale San Giovanni Bosco Torino



Riccardo ha 50 anni, è un po' sovrappeso come quasi tutti i nostri ricoverati, ha sintomi da una settimana ma è peggiorato improvvisamente, gli abbiamo messo un casco al volo, ma appena lo disconnettiamo respira malissimo. È giovane, sano, sappiamo tutti che merita una chance in più del casco, bisogna intubarlo e portarlo in rianimazione. [...] Mentre gli spieghiamo cosa faremo è spaventatissimo dentro al suo casco rumoroso, mentre quattro omini blu di cui può intravedere solo gli occhi sotto una maschera di plastica gli urlano che respira troppo male e che è necessario addormentarlo, mettergli un tubo in gola e connetterlo a un respiratore per dare ai suoi polmoni la possibilità di guarire. Chiede se è proprio necessario. Sì. Chiede se avviseremo noi la moglie. Sì. Siccome tra gli infermieri che preparano i farmaci e l'anestesista che si appresta alla procedura sono la figura più inutile, cedo a Riccardo la mia mano da stringere. Mentre me la stritola mi fa la domanda che tutti speriamo di non ricevere: "Quante probabilità ho di svegliarmi?"1.

^{1.} Chiarlo M. et al. Abbracciare con lo sguardo, Il Pensiero Scientifico editore, 2020, pag. 51.



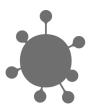
Una notte sono andata al lavoro e c'era un muro: un muro tirato su di fretta, con le fughe nere tra i mattoni diseguali, a separare l'area COVID da quella normale, lo sporco dal pulito Il 22 febbraio 2020, in Piemonte si registra il primo caso di infezione da coronavirus SARS-CoV-2. Il 4 marzo una collega pediatra che lavora alla periferia sud di Milano mi racconta uno scenario per me impensabile all'epoca: ospedali completamente riorganizzati, reparti di terapia intensiva e subintensiva che si riempiono immediatamente non appena aperti, internisti in pronto soccorso che vedono solo più malati COVID-19 e chirurghi e pediatri che gestiscono ictus, infarti e altre patologie mediche, infermieri che vengono formati in pochi giorni alla gestione dei ventilatori. Negli stessi giorni in Pronto Soccorso a Torino si respirava l'atmosfera irreale delle finali dei mondiali: sale d'aspetto troppo vuote per essere vere, un silenzio denso che un navigato urgentista riconosce immediatamente come la quiete prima della tempesta.

Le modifiche nella nostra vita quotidiana sono arrivate un po' alla volta: la tenda della Protezione Civile fuori dal pronto soccorso, la necessità di indossare la tuta bianca, la mascherina filtrante, il visor, i guanti, lo sgomento di vedersi goffi e bianchi come astronauti per interrogare e visitare un malato. Una trasformazione fisica, oltre che psicologica, del pronto soccorso a cui eravamo abituati.

Una notte sono andata al lavoro e c'era un muro: un muro tirato su di fretta, con le fughe nere tra i mattoni diseguali, a separare l'area COVID da quella normale, lo sporco dal pulito. Il muro è diventato immediatamente "The wall", in omaggio ai Pink Floyd. Amato, odiato, fotografato, personalizzato. Il simbolo della nostra battaglia quotidiana.

Quando la tempesta perfetta a lungo annusata si è infine abbattuta su di noi eravamo tecnicamente pronti: triage, protocolli, schemi terapeutici in continuo aggiornamento, riorganizzazione continua dei reparti, rifornimenti di materiali.

Inevitabilmente meno pronti eravamo all'impatto emotivo della pandemia e dell'isolamento. Isolamento dei medici rispetto ai pazienti, dei pazienti tra di loro e con i loro cari, dell'ospedale verso l'esterno. Il mio si è sempre vantato di essere un ospedale aperto, prima dell'emergenza la quasi totalità dei reparti – tra cui il pronto soccorso, la rianimazione e la medicina d'urgenza – garantiva libero accesso ai parenti per almeno diciotto ore al giorno. Improvvisamente ci siamo trovati soli, isolati, con pazienti altrettanto soli e isolati. Siamo così diventati unico tramite con l'esterno di una realtà filtrata dagli schermi degli smartphone: abbiamo garantito ultime videochiamate prima dell'intubazione, video quo-







tidiani di pazienti sedati e intubati, chiamate frettolose per consentire ai figli di dare un ultimo saluto al padre, telefonate attraverso i caschi, dove parlare è impossibile ma sorridersi no.

Abbiamo affrontato l'incertezza di una malattia sconosciuta, la difficoltà di navigare in una letteratura scientifica di qualità scadente, tra dati raccolti di fretta, notizie impossibili da verificare e ipotesi di terapia in continua evoluzione.

Abbiamo affrontato la paura di ammalarci, di contagiare i nostri cari, di vedere, come pazienti, i colleghi.

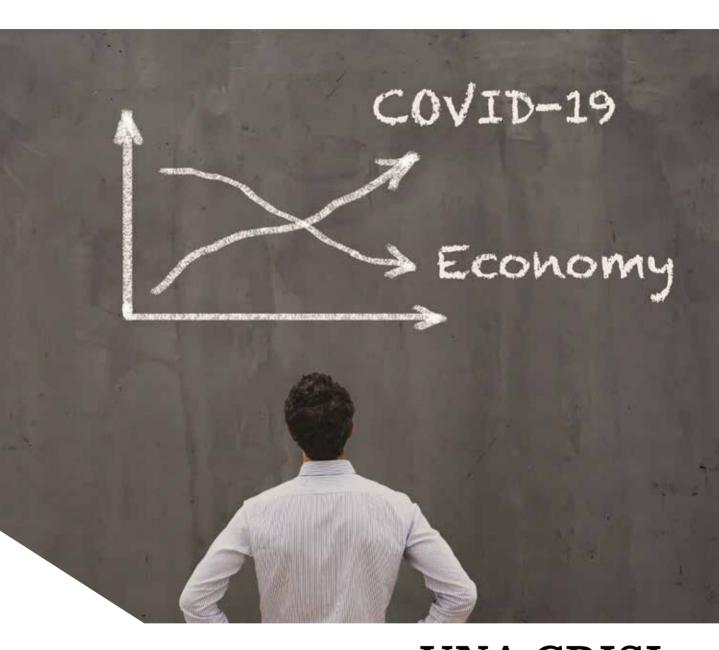
Abbiamo affrontato l'isolamento dai nostri familiari, la lotta tra il desiderio di vedere i bambini e il dovere di proteggerli.

Abbiamo cementato il gruppo, firmato il muro, dipinto arcobaleni per arredare un tunnel troppo lungo per poterne intravedere la fine.

Qualcuno di noi ha pianto, sotto la mascherina, nel vedere un marito ringraziare il destino per essersi ammalato e aver così potuto dare un ultimo saluto di persona alla moglie, o nel vedere un malato tenere la mano a un altro, due sconosciuti legati dal caso in un gesto di estrema ribellione e solidarietà.

Qualcuno di noi ha scritto, per sfogo, per necessità di raccontarsi e di raccontare, per travasare all'esterno le troppe storie ed emozioni vissute.

È nato così "Abbracciare con lo squardo. Cronache dal reparto Covid", edito da Il Pensiero Scientifico editore, che racconta le esperienze dei pazienti dal punto di vista del pronto soccorso (Davide Tizzani), della medicina d'urgenza (Francesca Bosco e la sottoscritta) e della rianimazione (Federica Zama Cavicchi). Storie di visor che coprono gli occhi ma non impediscono di vedere, e di mascherine che coprono i sorrisi ma non vietano di parlare. Il 30 giugno "The Wall" è stato abbattuto, e nel nostro piccolo mondo ha suscitato il clamore del crollo del muro di Berlino, tra abbracci e calcinacci multicolore. Abbiamo ancora due percorsi separati, ma solo porte a dividerli, non più muri. Abbiamo sconfitto il Coronavirus? Probabilmente no, ma abbiamo appreso qualcosa: con le parole di Federica Zama Cavicchi: "Questo Coronavirus ci ha tolto alcune certezze, ma ha messo luce sui loro punti deboli e ci ha dato modo di rimediare ad essi. Una sorta di Kintsugi a livello professionale e umano. Abbiamo ricominciato a vedere le persone dietro a ogni ruolo, ci siamo ascoltati di più e abbiamo messo da parte i pregiudizi. Abbiamo scoperto di avere uno spirito di adattamento che non credevamo nostro. E ora, che il mare sta tornando calmo, cosa resterà di guesta bufera? Come arriveremo alla prossima tempesta? Chissà cosa avrebbe pensato Bauman di tutto questo, mi piace pensare che ci avrebbe definiti solidamente liquidi"2.



UNA CRISI SENZA PRECEDENTI.

L'INCERTEZZA ECONOMICA

A cura de Il Pensiero Scientifico editore



Oltre che sanitaria COVID-19 è un'emergenza anche economica. Quanto durerà? Che impatto avrà sull'economia del nostro Paese? Quali sono le prospettive della ripresa? Come affrontare lo shock economico? Il punto di vista degli economisti con uno sguardo al ritorno alla normalità e al welfare.

"Quando sono scattate le misure di contenimento della COVID-19, il primo impulso è stato quello di cercare un parallelo storico. Meglio il 1914, il 1929 o il 1941? Con il passare delle settimane, però, è emersa chiaramente l'unicità storica dello shock che stiamo attraversando. Le economie occidentali sono state colpite da un'onda d'urto senza precedenti", scriveva a fine aprile Adam Tooze, storico britannico a capo dell'European institute della Columbia university¹. La singolarità di questa crisi è che il blocco legato al nuovo coronavirus, che dalla Cina si è diffuso in tutto il mondo, colpisce direttamente i servizi – vendita al dettaglio, intrattenimento, ristoranti, beni immobili, istruzione – con un impatto negativo, "catastrofico", immediato.

In un primo tempo le imprese sono state colpite dalla chiusura obbligatoria di molte attività e dal venir meno delle reti di fornitura estere, mentre oggi esse subiscono la minore domanda dei consumatori che hanno visto ridurre il potere d'acquisto. "Questi ultimi sono influenzati dalle aspettative sul futuro: i rischi di ammalarsi, di perdere il lavoro o di avere un reddito ridotto causano minori consumi, soprattutto quelli più impegnativi per il bilancio familiare, come l'acquisto di un'auto o la ristrutturazione della casa. I forti legami che i settori dell'automotive e dell'edilizia hanno con il resto dell'economia contribuiscono a diffondere ulteriormente la crisi", ci spiega Giampaolo Vitali dell'Istituto di ricerca sulla crescita economica sostenibile del Consiglio nazionale delle ricerche CNR-IRCrES, professore al Dipartimento di Scienze economico-sociali e matematico-statistiche dell'Università di Torino. "A livello macro, minore produzione e minori consumi generano una caduta degli investimenti, dell'occupazione, dei salari e, nuovamente, dei consumi. La crisi determina quindi un ciclo negativo, che si autoalimenta al ribasso, con la conseguenza di un minor prodotto interno lordo (PIL). Il PIL rappresenta la nuova ricchezza creata nel Paese in un anno ed è la somma di quanto ricevono i fattori produttivi che partecipano all'economia: salari per i lavoratori, utili per gli imprenditori, interessi per chi apporta il capitale, royalty per gli inventori. Questa minore disponibilità di risorse riduce la spesa pubblica e le politiche sociali, proprio nel momento in cui c'è bisogno di contrastare la disoccupazione, con maggiori consumi e investimenti".

Quella legata a COVID-19 è la seconda grossa crisi finanziaria del nuovo millennio. Rispetto a quella del 2008-2009 non deriva da fattori interni al modello di produzione ma da fattori esterni di ordine sanitario dettati da un virus pandemico e dalle misure di contenimento che si sono rese necessarie e che, con un effetto domino, hanno messo in ginocchio i mercati e i sistemi sanitari, alterato l'equilibrio tra domanda e offerta, creato disoccupazione e accentuato le disuguaglianze. Dati alla mano Vitali la definisce una "crisi asimmetrica" che in Italia colpisce maggiormente alcuni settori e territori piuttosto che altri. Secondo uno studio condotto presso l'Istituto di Ricerca sulla crescita economica e sostenibile del CNR ristorazione, alberghi, attività culturali, trasporto passeggeri sono tra i settori più penalizzati, anche nella fase di ripresa. Anche le aree geografiche vengono colpite in maniera diversa a seconda della specializzazione economica. Tanto a livello regionale quanto nel contesto provinciale o in quello comunale si notano profonde differenze. Mentre nelle regioni più industrializzate il peso delle attività "a rischio COVID-19" determina solo il 10-11% del totale degli occupati, in Liguria, Valle d'Aosta e Trentino il peso raddoppia al 20-24%. All'interno delle province, abbiamo le aree dei distretti industriali di Biella, Prato, Monza – dove il rischio è molto limitato – che si confrontano con le province di Rimini, Genova, Savona e Sassari dove circa un quarto degli addetti è coinvolto.

"A questa preoccupazione dobbiamo anche aggiungere quella delle imprese dell'indotto, e cioè le imprese appartenenti ad altri settori economici che però lavorano direttamente per quelli qui considerati. In questo caso, il peso della crisi sarebbe più elevato, addirittura il doppio, come suggerito dalle analisi sull'impatto che il sistema turistico ha generalmente nell'economia locale" continua l'economista di Torino. "Per questo motivo, la politica economica del Governo e delle Regioni deve tenere conto delle asimmetrie localizzative della crisi, sostituendo il modello di incentivi/sussidi generalizzati con quello di incentivi/sussidi molto mirati a livello di settore e, come abbiamo visto, soprattutto, a livello di territorio".

^{1.} Tooze A. The Coronavirus Is the Biggest Emerging Markets Crisis Ever. Foreign Policy 2020, 28 marzo.

FARE I CONTI CON SCENARI DIVERSI

Le previsioni sul futuro dell'economia evidenziano la gravità della crisi da Coronavirus. I think-tank di studi macroeconomici prevedono un calo molto pesante del PIL in Italia, in Europa e nell'intero mondo nel corso dell'anno, a cui seguirà però una crescita nel 2021. La ripresa, tuttavia, potrebbe avere scenari diversi, nei diversi Paesi e, in Italia, nelle diverse Regioni.

"Possiamo ipotizzarne almeno un paio. Lo scenario ottimistico prevede un tipico andamento a V, che si nota quando uno shock economico viene reputato transitorio e congiunturale, cioè di breve termine: qualche mese dopo lo shock, l'economia riprende e raggiunge il livello precedente, senza modifica del modello di sviluppo pre-crisi. È una sorta di temporale estivo, con il rapido ritorno del sole" commenta Vitali. "Al contrario, lo scenario pessimista individua nello shock un cambiamento di tipo strutturale e permanente delle condizioni in cui operano le imprese, le istituzioni e gli stessi consumatori: si modifica la funzione di produzione delle imprese, cambiano le preferenze dei consumatori, cambiano gli attori politici. In questo caso è difficile recuperare il terreno perduto se non si modifica anche il contesto sociale e istituzionale in cui operano gli attori produttivi".

Nelle previsioni di primavera, definendola una "crisi economica senza precedenti" dopo una crescita di ricchezza registrata negli ultimi dieci anni, il Fondo Monetario Internazionale aveva stimato una contrazione del 3% dell'economia mondiale nel 2020. L'Italia figura tra i Paesi più penalizzati con un segno meno del 9,1% del PIL previsto nel 2020. Una contrazione del -7,5% nei Paesi dell'Eurozona e negli Stati Uniti del -5,9%. Per dare una dimensione, Gita Gopinath, capoeconomista dell'FMI, aveva spiegato² che "la perdita cumulata in termini di PIL tra il 2020 e il 2021 potrebbe essere di circa 9mila miliardi di dollari, cifra più grande delle economie di Giappone e Germania insieme" e raccomandato interventi mirati a sostegno dei Paesi più colpiti.

Una crisi storica con rapido cambio di rotta: il Fondo Monetario Internazionale stima nel 2021 un rimbalzo del +5,8 per cento su scala globale, e del +4,7 per cento nei Paesi dell'Eurozona e negli Stati Uniti. Secondo le stime più ottimistiche dei colossi bancari JPMorgan e Barclays la ripresa potrebbe iniziare ancor prima. L'OCSE ha prospettato due scenari analoghi nella forma a V sempre partendo dall'ipotetica (auspicata) condizione che la pandemia sia sotto controllo, ma anche tenendo conto dello scenario più ottimistico la ripresa non sarà sufficiente per recuperare il terreno perduto (vedi box "Le politiche di welfare nei Paesi OCSE").

Tuttavia, l'attuale recessione potrebbe purtroppo andare ben oltre il 2020 e assumere una forma diversa. Come già verificatosi in altre crisi un ruolo cruciale potrebbe essere giocato dalla cosiddetta "volatilità dei mercati finanziari" che viene misurata con il *Volatility Index* (VIX), soprannominato indice della "paura". Introdotto nel 1993 questo indice viene usato per testare lo stato di salute dell'economia, una sorta di termometro dei mercati finanziari: per valori tra 0 e 20 la situazione viene considerata ottimale per gli investimenti, superata la soglia del 30 la situazione è di paura e incertezza.

"Storicamente, i momenti di maggiore disordine nei mercati finanziari, come quello di marzo 2020, sono avvenuti ben prima che le crisi volgessero al termine. In due delle tre crisi succedutesi dal 1990, ovvero da quando esiste, l'indice VIX ha toccato il suo picco almeno sette mesi prima che si raggiungesse un punto di svolta." (Un po' ripetitivo), scrivono gli economisti Valerio Ercolani del Dipartimento di Economia e Statistica della Banca d'Italia e Filippo Natoli della Divisione Economie Avanzate e Finanza Internazionale della Banca d'Italia)³ che hanno voluto provare a calcolare la probabilità degli Stati Uniti

L'euforica ripresa dei mercati in aprile, successiva al crollo di marzo, va interpretata con cautela in quanto associata a un'elevata incertezza sull'andamento futuro dei mercati e dell'economia

- 2. Gopinath G. The Great Lockdown: Worst Economic Downturn Since the Great Depression. IMF Blog 2020, 14 aprile.
- 3. Ercolani V, Natoli F. Dalla volatilità dei mercati l'annuncio di una crisi lunga. La Voce 2020, 12 giugno.



di essere in recessione nei prossimi 24 mesi includendo nel modello di forecasting l'indice della paura. La probabilità risulta superiore al 40% fino a giugno 2021, a fronte del 20% stimato nel modello di calcolo standard che si basa solo sulla pendenza dei rendimenti. "Il 40% è una soglia sopra la quale, utilizzando il modello previsivo standard, le recessioni previste si sono effettivamente realizzate, almeno dagli anni Ottanta in poi. [...] Il nostro esercizio suggerisce che la crisi attuale potrebbe assomigliare più a una U che a una V. In effetti, l'euforica ripresa dei mercati in aprile, successiva al crollo di marzo, va interpretata con cautela in quanto associata a un'elevata incertezza sull'andamento futuro dei mercati e dell'economia, catturata dall'indice VIX. D'altra parte, dubbi su una rapida ripresa delle economie iniziano a emergere anche tra importanti esponenti del mondo politico ed economico, quali, ad esempio, il presidente della Federal Reserve e il ministro delle Finanze inglese".

COME GUIDARE LA RIPRESA

Se nella Fase 1 appena conclusasi l'emergenza era innanzitutto di ordine sanitario con le relative misure di isolamento e la riorganizzazione dei servizi ospedalieri per riuscire a contenere la diffusione del virus e rispondere alla domanda di salute, la Fase 2 riguarda soprattutto la condizione economica e finanziaria. Un interrogativo è con quanti e quali mezzi l'Italia potrà fronteggiare lo shock economico di oggi e sostenere la ripresa locale e nazionale. La ricetta perfetta non c'è ma delle buone pratiche sì. "Occorre in primo luogo fare un buon uso delle risorse che l'Europa ci ha già messo a disposizione", risponde Vitali. "Rispetto alla crisi economica del 2008, questa volta l'Europa ha risposto in modo rapido e ad ampio spettro, con le aspettative di un maggiore intervento nel corso del 2021 (con il futuro Recovery Fund). Tra le misure approvate oggi merita ricordare l'intervento della BCE che aumenta di 1.000 miliardi la liquidità nel sistema economico (Quantitative Easing con fondi a tassi zero) e quello della Commissione UE che ha modificato i vincoli che limitavano le capacità di indebitamento dei Paesi (rapporti tra deficit e PIL, e tra debito e PIL) e il loro intervento nell'economia (aiuti di stato). A questi si aggiungono i nuovi investimenti a favore delle imprese sostenuti dalla Banca Europea e non da ultimo l'erogazione di 240 miliardi nel Meccanismo Europeo di Stabilità per interventi in campo sanitario. Tutto ciò implica un grande ammontare di disponibilità finanziaria a favore del nostro Paese, che deve però superare la scarsa efficienza di alcune Regioni nell'uso dei fondi europei; per fortuna questo non è il caso del Piemonte, che ha tradizionalmente mostrato un utilizzo abbastanza veloce dei fondi a disposizione".

POLITICHE LUNGIMIRANTI

Per molti lavoratori il peggio non passerà presto, anzi. Molto dipenderà dalle politiche che vengono fatte con i soldi pubblici stanziati per far fronte all'emergenza. Per Maurizio Franzini, docente di Politica Economica alla Sapienza Università di Roma, è prioritario "sostenere il lavoro che genera reddito e non sostenere il reddito senza lavoro". Questa è una delle scommesse da giocare con la prospettiva di creare occupazione stabile una volta che verranno meno le misure di emergenza di sostegno e la cassa integrazione. Senza però mettere in secondo piano un requisito essenziale che è quello della qualità del lavoro da cui dipende il grado di soddisfazione e consequentemente – la produttività. "Che il grado di soddisfazione sul lavoro sia una componente essenziale della produttività dei lavoratori e incida molto su di essa viene dimostrato da diversi studi internazionali. Il timore dunque è che in una fase di crisi come questa le attenzioni siano rivolte al supporto economico dei lavoratori, lasciando in secondo piano la qualità del lavoro in diversi contesti. È comprensibile che ora, di fronte alla paura di non farcela, sia prioritario il reddito. Però su un orizzonte un po' più lungo la scarsa attenzione alla qualità del lavoro a favore della logica del reddito potrà avere delle ripercussioni sulla soddisfazione del lavoratore e quindi anche in termini produttivistici. Il timore è che le cose possano peggiorare e si incentivino lavori di scarsa qualità con bassi salari. Come in vari altri ambiti, molto dipenderà dalle politiche che verranno adottate e che sono imprescindibili per un cambio radicale delle condizioni di lavoro".

Un altro aspetto da considerare, aggiunge Franzini, è la relazione tra pandemia e disuguaglianze a partire da quelle pre-esistenti la COVID-19. Se è vero che la CO-VID-19 non conosce confini geografici né barriere sociali è altrettanto vero che le svantaggiate condizioni economiche sono uno specifico fattore di rischio. "I ricchi non sono al riparo – come forse è avvenuto in altre pandemie – ma sono più protetti. Le ragioni alla base di queste affermazioni sono diverse. Una di esse è la forte correlazione tra condizioni economiche e condizioni di salute, messa in evidenza da numerose analisi. I 'poveri' – e, soprattutto, i molto poveri – per varie ragioni (a iniziare dallo scarso ricorso alla prevenzione) presentano peggiori condizioni di salute e, in particolare, contraggono in età più giovane (si stima 15 anni prima) quelle malattie croniche che accrescono enormemente la probabilità che l'esito del contagio sia la morte. Ma le ragioni possono essere anche altre e anche i primi dati di cui disponiamo sembrano confermare la loro incidenza. Ad esempio, secondo stime effettuate nella prima settimana di aprile negli Stati Uniti, i neri e gli ispanici residenti 🕨

in molte città hanno almeno il doppio delle probabilità di morire di COVID-19 rispetto ai bianchi delle città; a Chicago quella dei neri è 5 volte superiore a quella dei bianchi. Difficilmente questo risultato può essere interamente spiegato dalle specificità del sistema sanitario americano. Essere poveri conta"⁴.

Inoltre "le condizioni economiche di 'partenza' incidono anche sui rischi economici derivanti dalle conseguenze della pandemia e, d'altro canto, le peculiari caratteristiche di questo devastante fenomeno sono tali che, in assenza di adeguate misure di protezione sociale, molti possano trovarsi rapidamente in condizioni di povertà e di deprivazione anche se precedentemente vivevano in relativa agiatezza".

LE PRIORITÀ DA CUI RIPARTIRE

Questa crisi ha dimostrato che una grossa fetta della popolazione non ha accesso a nessuna forma di welfare: per esempio ci sono persone che non hanno il lavoro ma non sono né disoccupati né cassa integrati e consequentemente sono escluse da ogni forma di assistenza e di sostegno al reddito. Da cui la necessità di introdurre nuove forme di integrazione dei redditi "che non sarebbero state necessarie se avessimo già avuto un welfare in grado di coprire tutte le situazioni di debolezza". Oltre al problema di disegnare un nuovo welfare si pone quello dell'offerta dei servizi, a cominciare da quelli educativi – la formazione e l'educazione – e assistenziali, commenta Franzini portando come esempio le numerose famiglie che durante la Fase 1 si sono dovute confrontare con il problema della scuola in remoto: alcune erano senza un computer oppure lo possedevano ma non sapevano usarlo o non erano in grado di istruire i figli. A queste si aggiungono le molte famiglie italiane con disabili che, malgrado i trasferimenti monetari pubblici, non hanno i beni strettamente necessari o non sono in grado di condurre una vita autonoma⁵ e si sono venute a trovare private di quei pochi servizi disponibili che hanno smesso di funzionare con l'arrivo della COVID-19. Il problema di fondo è la carenza dell'assistenza pubblica che viene supplito in gran parte dal terzo settore, cioè istituzioni no profit e associazioni di volontariato onlus, eccetera. "Occorrerebbe un ridisegno della rete di sostegno che metta al riparo da rischi di questo genere i quali hanno dei costi enormi: si scopre che per non aver investito abbastanza ci si trova ora nella condizione di dover spendere 50mila volte quello che si sarebbe speso facendo un po' di prevenzione in più e organizzandosi anticipatamente".

La scarsa attenzione alla qualità del lavoro a favore della logica del reddito potrà avere delle ripercussioni sulla soddisfazione del lavoratore e quindi anche in termini produttivistici

CHE COSA DOBBIAMO ASPETTARCI?

"Molto dipende dall'accuratezza con cui verranno prese decisioni politiche a livello nazionale e sovranazionale. Ci sono alcuni segnali buoni, altri meno buoni però la preoccupazione principale riguarda la capacità e la sensibilità della classe dirigente mondiale di affrontare una tragedia di questo genere. Non aiuta – e parlo da economista – il pensiero economico che si è consolidato nel corso degli ultimi decenni e che è molto poco favorevole a un uso ragionato e responsabile delle leve in mano alla politica, incluse le leve finanziarie, per canalizzare in modo adeguato le risorse stanziate per la ripresa post-COVID. La vera scommessa è investire in progetti che abbiano effetti di miglioramento nell'immediato e anche nel lungo termine per il benessere della popolazione".

"I fenomeni disastrosi naturali passati insegnano purtroppo che le politiche di aiuto hanno aggravato e non alleviato le disuguaglianze. Si tratta di un risultato rilevante anche in relazione alle vicende contemporanee. Il rischio appare reale e per comprenderlo appieno oc-

^{4.} Franzini M. La pandemia non è uguale per tutti. COVID-19 e disuguaglianze. Etica Economia 2020, 24 aprile.

^{5.} Istat (a cura di Franzini M, Solipaca A). Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni. Roma: Istat, 2019.



corre considerare che le disuguaglianze si possono ampliare anche se i 'ricchi' retrocedono: è sufficiente che in termini relativi retrocedano meno dei 'poveri'. Dunque le politiche compensative, di qualsivoglia natura, potrebbero compensare in modo diseguale aggravando le disuguaglianze" conclude Franzini. "Rispetto al passato oggi abbiamo un bagaglio più vasto di conoscenze su come gestire l'economia e le politiche. Tutto si baserà sulla disponibilità della classe politica a prendere il me-

glio delle conoscenze a disposizione e a ragionare sugli orizzonti temporali non brevi, prendendo in considerazione il benessere di un gran numero di persone e non soltanto la mortalità di poche persone".

Come ha affermato Joseph Stiglitz, premio Nobel per l'economia nel 2001, "da questa epidemia possiamo imparare l'importanza della scienza, il ruolo strategico del settore pubblico e la necessità di azioni collettive. L'obiettivo deve essere la cooperazione globale"⁶.

Le politiche di welfare nei Paesi OCSE

Per far fronte all'emergenza economica finanziaria i Paesi dell'OCSE hanno messo in campo diverse azioni a tutela delle imprese, dei lavoratori e delle famiglie. Per esempio, tutti i 37 Paesi OCSE hanno garantito un supporto finanziario alle imprese e quasi tutti (il 92%) hanno esteso o introdotto nuove forme di supporto del reddito ai lavoratori anche autonomi e ai disoccupati. In Italia per esempio è stato prontamente introdotto il bonus di 600 euro e negli Stati Uniti, dove il tasso di disoccupazione ad aprile aveva toccato il massimo storico dal dopoguerra a quota 14,7%, sono state prese misure per estendere la durata dei sussidi di disoccupazione includendo anche quei lavoratori che non erano beneficiari e inoltre si è previsto un benefit da 600 dollari, che va ad aggiungersi ai soldi dei sussidi di disoccupazione.

In alcuni Paesi sono stati introdotti dei trasferimenti monetari per rafforzare il reddito di base: gli Stati Uniti hanno garantito un assegno di 1.200 dollari a tutte le famiglie con un reddito inferiore ai 75 mila dollari all'anno e 500 dollari per ciascun figlio minorenne, quindi un trasferimento piuttosto generoso e non per forza concentrato sulle persone che più ne avevano bisogno. L'89% dei Paesi OCSE ha introdotto una sorta di cassa integrazione che in Italia già esisteva e per far fronte all'emergenza con la cassa in deroga è stata estesa a tutte le imprese oltre i limiti precedenti. Altre misure importanti: i sistemi di protezione del reddito dei lavoratori malati in quarantena che sono stati avviati nel 54% dei Paesi OCSE e quelli della sicurezza per ridurre l'esposizione dei lavoratori al virus nell'86% dei Paesi.

Un altro aspetto importante e singolare di questa crisi è l'aiuto alle famiglie che dall'oggi al domani si sono trovate con le scuole chiuse e impreparate ad affrontare necessità di cura inattese: diversi Paesi hanno preso varie misure, come bonus e congedi, altri hanno optato per la soluzione di tenere aperte le scuole per i figli dei lavoratori dei servizi essenziali. A questo si aggiunge il supporto dato alle famiglie disagiate per riuscire a pagare l'affitto e non rischiare lo sfratto o per avere degli spazi adeguati dove trascorrere il periodo di confinamento chiesto o imposto dai governi. Un quarto dei Paesi OCSE ha inoltre provveduto a prevenire i licenziamenti. L'Italia con il Decreto Legge n. 18/2020, c.d. "Cura Italia" ha introdotto un generale divieto di licenziamento per motivi economici.

Nonostante il grosso investimento monetario dimostrato dai diversi Stati per tutelare imprese, lavoratori e famiglie le prospettive restano incerte e non particolarmente positive. "Incerte perché questa crisi deriva da una crisi sanitaria ed è lì che deve essere risolta", ha commentato Andrea Garnero, della Direzione per l'Occupazione, il Lavoro e gli Affari Sociali dell'OCSE⁷. "Di fronte a queste incertezze, l'OCSE ha prodotto due set di stime. Le prime immaginando che le misure di contenimento (le famose tre T, testare-tracciare-trattare) abbiano funzionato e la pandemia sia sotto controllo fino al vaccino; le seconde ipotizzando un altro picco di contagi in autunno. In entrambi gli scenari tutto ciò si tradurrebbe per l'Italia in una contrazione del PIL con un rimbalzo rapido ma non sufficiente per tornare al livello iniziale e recuperare il terreno perduto: vengono così cancellati sei anni di lenti progressi" (vedi grafico).

La questione – aggiunge l'economista del lavoro dell'OCSE – è che bisogna tenere sotto controllo la pandemia fino all'arrivo di un vaccino efficace e disponibile in quantità sufficienti per vaccinare un numero significativo di persone.

^{6.} Carofiglio G. Joseph Stiglitz: "Non sprecate questa crisi". La Repubblica 2020, 30 aprile.

^{7.} Emergenza Covid-19 e sistemi di welfare. Europa e Americhe a confronto. I webinar di "Etica e Economia" 2020, 16 giugno.

Quali politiche per la nuova fase

Se la prima fase è stata relativamente semplice, ora si apre una fase più complicata di disegno caso per caso, una fase in costante evoluzione che presenta delle difficoltà, politiche ma anche tecniche, più elevate. All'interno dell'OCSE, spiega Garnero, le riflessioni su come agire e su come investire la grande quantità di soldi messa a disposizione toccano essenzialmente cinque punti.

Mantenere alti standard di sicurezza: il 50% dei lavoratori ha un lavoro a rischio di contaminazione e la sicurezza è la precondizione per poter riaprire, essere produttivi e aumentare i consumi.

Colmare gap nei congedi di malattia per prevenire condizione a rischio.

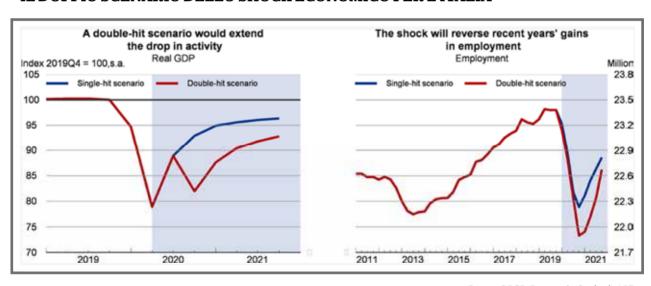
Ridurre per gradi la cassa integrazione cominciando a chiedere un contributo alle imprese, rivedendo la durata massima, prevedendo la possibilità per i lavoratori di spostarsi in altri settori e imprese, e di usare il tempo "senza lavoro" per la formazione.

Evitare che i disoccupati cadano in povertà ritirando gli aiuti troppo presto, senza però che questo ritardi la ripresa economica.

Aiutare a ritrovare un lavoro con politiche attive, formazione e incentivi monetari all'assunzione per le imprese, soprattutto per alcuni gruppi più deboli e a rischio.

"Dobbiamo ragionare su come procedere" conclude Garnero. "Non è semplice tornare indietro in maniera adequata, sostanzialmente è necessario graduare le politiche ai bisogni dei singoli settori, imprese e lavoratori".

IL DOPPIO SCENARIO DELLO SHOCK ECONOMICO PER L'ITALIA



Fonte: OECD Economic Outlook 107 database.



A cura de Il Pensiero Scientifico editore

COVID-19 è da considerare un'emergenza internazionale prima sanitaria e subito dopo economico-finanziaria, il cui primo sintomo è stato il crollo delle borse avvenuto il 9 marzo. La diffusione del virus ha determinato un incremento delle spese conseguenti allo stato di emergenza sanitaria pubblica e allo stesso tempo una contrazione dell'attività economica a causa delle misure di distanziamento che si sono rese necessarie per contenere l'epidemia. Come leggiamo in un'analisi del Fondo monetario internazionale, "è una crisi veramente globale poiché nessun paese è risparmiato. Le nazioni che per la loro crescita dipendono dal turismo, dai viaggi, dall'ospitalità e dall'intrattenimento stanno vivendo un disagio particolarmente profondo. I mercati emergenti e le economie in via di sviluppo affrontano ulteriori sfide con inversioni senza precedenti dei flussi di capitale mentre la propensione al rischio globale diminuisce e aumenta la pressione valutaria, e al contempo si devono fare i conti con sistemi sanitari più deboli e con limitati margini di manovra fiscale. Inoltre, la crisi ha colpito diverse economie già in condizioni di vulnerabilità per la crescita lenta e livelli di debito elevati. Per la prima volta dalla Grande Depressione, sia le economie avanzate sia i mercati emergenti e le economie in via di sviluppo sono in recessione. Per quest'anno, la crescita nelle economie avanzate è prevista al -6,1%. Si prevede inoltre che i mercati emergenti e le economie in via di sviluppo con livelli di crescita normali ben al di sopra di quelli delle economie avanzate abbiano tassi di crescita negativi dell'1,0% nel 2020 e del -2,2% non considerando la Repubblica cinese. Il reddito pro capite dovrebbe ridursi in oltre 170 paesi. Sia le economie avanzate sia i mercati emergenti e le economie in via di sviluppo dovrebbero recuperare parzialmente nel 2021".

CRISI SANITARIA, ECONOMICA, MA ANCHE SOCIALE: IL PROBLEMA DEL-LE DISUGUAGLIANZE

Uno scenario estremamente preoccupante sul quale tutti i Governi si stanno interrogando. Alle inquietudini che derivano dalla crisi sanitaria si aggiungono quelle dell'evidenza di un inasprimento delle disuguaglianze sociali in conseguenza della diffusione della malattia. "Sapere che le persone che vivono nelle parti più povere del Paese muoiono di COVID-19 due volte di più degli abitanti delle aree ricche non dovrebbe essere una sorpresa" scrivono un clinico e un dirigente sanitario inglesi nei blog del *BMJ*². "La disuguaglianza sociale e sanitaria esiste da molti decenni nel mondo. All'inizio di

^{1.} Gopinath G. The Great Lockdown: Worst Economic Downturn Since the Great Depression. IMF Blog, April 14, 2020.

^{2.} Patel KCR, Hardy A. Covid-19: an opportunity or risk to addressing health inequalities? BMJ Opinion 2020; 1 maggio.

quest'anno, la revisione decennale di Michael Marmot sulle disuguaglianze sanitarie ha mostrato che la situazione in Inghilterra sta peggiorando. Ciò è rispecchiato da quello a cui assistiamo nel mondo, in cui il 10% della popolazione vive con meno di 1,90 \$ al giorno. La probabile recessione economica globale a causa della pandemia COVID-19 non farà che peggiorare queste disparità. Pertanto, la sfida di affrontare le disuguaglianze sanitarie potrebbe essere vista come un compito sempre più difficile da svolgere. Ma se la nostra programmazione strategica durante e dopo la pandemia fosse ben ragionata, alcuni dei peggiori effetti potrebbero essere mitigati".

Come anche in Italia, si sollecita una diversa attenzione per la sanità pubblica, a partire dal rafforzamento delle cure primarie³. Ma sappiamo anche che la salute è solo in parte correlata alla qualità dei servizi sanitari: concentrarsi sui determinanti sociali della salute diventa così una condizione essenziale per evitare la crescente disuguaglianza.

Allo stesso tempo, una risposta alla crisi che la COVID-19 ha lanciato ai sistemi sanitari è nel recupero della relazione di cura con tutte le persone sofferenti per altre patologie, che devono essere informate della disponibilità dei servizi sanitari utili all'assistenza soprattutto delle patologie ad andamento cronico, oncologiche, cardiovascolari, materno-infantili e in un'area fondamentale come quella della salute mentale. "Sebbene la tecnologia e la consultazione del medico online siano stati un'eccellente novità indotta dalla pandemia, dobbiamo garantire che coloro che non hanno accesso alla tecnologia necessaria o che hanno una modesta health literacy non siano svantaggiati" sostengono Patel e Hardy. "Tutti devono essere in grado di accedere ai servizi e non devono essere disincentivati dal farlo". Durante questa pandemia, la selezione delle visite nelle strutture ospedaliere ha scoraggiato molte persone bisognose di cure con prevedibili conseguenze nel medio e lungo periodo, non solo sanitarie ma anche economiche. "Le conseguenze della disoccupazione, della sospensione dell'istruzione, della nutrizione inadeguata, del deterioramento dell'assistenza alla salute mentale colpiranno più duramente le popolazioni più vulnerabili, durante e dopo il lockdown. Andando verso l'uscita dalla pandemia, è probabile che le disparità di salute diventino più radicali. La politica e i decisori sanitari e sociali devono iniziare adesso a programmare azioni che siano capaci di mitigare l'impatto sproporzionato della COVID-19 sulle popolazioni più vulnerabili".

Un'altra riflessione riguarda i possibili costi a lungo termine, legati di nuovo ai determinanti sociali. La scelta del lockdown è stata quidata dalla necessità di agire urgentemente contro la rapidità di diffusione di un virus in gran parte sconosciuto al fine di tutelare la salute della popolazione e di impedire il collasso della rete ospedaliera. Una misura di sicurezza che ha dimostrato di funzionare in termini di riduzione dei contagi e, conseguentemente, di ricoveri e decessi, ma non priva di effetti collaterali gravi in modo sproporzionato su fasce già socio-economicamente svantaggiate, scrive su The BMJ Margaret Douglas, co-direttrice del master di salute pubblica dell'università di Edimburgo insieme ai colleghi dell'università di Glasgow e della London School of hygiene and tropical medicine⁴. Perdita di reddito e istruzione, debiti e disoccupazione, incertezza e violenza domestica sono solo alcune delle consequenze dell'interruzione delle attività economiche non essenziali, della chiusura delle scuole e della restrizione all'uso dei mezzi pubblici fino alla fine dell'emergenza. Problemi psicologici, stigma e i classici sintomi del disturbo da stress post-traumatico si associano alla condizione di isolamento. Considerato che rallentare la curva del virus significa prolungare la pandemia e le restrizioni per mitigarla, i politici dovrebbero bilanciarne i pro e contro prestando attenzione anche alle conseguenze delle loro scelte nel medio e lungo periodo sulla salute e sulle disuguaglianze di salute e alle azioni daintraprendere per contenerle.

La sfida di affrontare le disuguaglianze sanitarie potrebbe essere vista come un compito sempre più difficile da svolgere. Ma se la nostra programmazione strategica durante e dopo la pandemia fosse ben ragionata, alcuni dei peggiori effetti potrebbero essere mitigati

^{3.} Saitto C. Le politiche sanitarie e il coronavirus. Roma: Lit edizioni, 2020.

^{4.} Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. *Mitigating the wider health effects of COVID-19 pandemic response.* Bmj 2020;369.



Come fa presente Paolo Vineis dell'Imperial college di Londra in un articolo pubblicato su *Forward*, "c'è anche il distanziamento sociale vero e proprio: le classi sociali si distanziano progressivamente. È nota a tutti la metafora della metropolitana di Londra, che ogni due fermate 'fa perdere un anno di vita'. Detto altrimenti, nei paesi ricchi il differenziale nella speranza di vita è di nove anni nelle classi estreme. Questa distanza sociale si è verosimilmente ampliata con COVID-19, anche se i dati sono ancora pochi e aneddotici. Paradigmatici i casi delle società autoritarie, dove a morire sono stati soprattutto i lavoratori precari segregati in comunità sovraffollate, come è accaduto a Singapore, oppure i più marginali sono stati deportati, come 3.000 etiopi dall'Arabia Saudita. Negli Stati Uniti gli afroamericani hanno una probabilità del 67% più alta dei bianchi di essere ospedalizzati per influenza, ma nel caso della COVID-19 questa proporzione è salita al 227%. È giusto dire 'state a distanza' per evitare il contagio, ma non dimentichiamo che molti gruppi sociali stanno qià largamente a distanza tra loro"⁵.

Il rischio è una crisi economica a macchia d'olio, senza precedenti, che l'economista Nouriel Roubini della New York University considera la peggiore della storia per la rapidità con cui si è presentata, o meglio ha preso il sopravvento. "È un momento eccezionale mai visto prima. Bisogna reagire con misure eccezionali, mai viste prima"⁶.

IL GIUSTO PREZZO DELLA VITA

Una delle riflessioni necessarie alla luce dei fatti è come poter conciliare le strategie sanitarie con quelle di sviluppo economico per tutelare la salute dei cittadini, la sostenibilità dei sistemi sanitari e quella dei mercati. Queste componenti si sono intrecciate nel nodo cruciale delle diverse scelte a cui sono stati chiamati i vari Paesi in merito alle misure di contenimento della diffusione del Coronavirus nella fase acuta dell'epidemia e al momento giusto per interrompere il lockdown al fine di rimettere in moto il mercato e arginare il collasso dell'economia. Ogni Stato è andato più o meno per conto suo. Ma, come ha scritto *The Economist*⁷, ogni decisione in guesta emergenza sanitaria ed economica che porta a dover scegliere tra meno morti e maggiore perdita PIL, oppure tra più crescita di PIL ma anche di morti, è sintetizzabile in una sola domanda: "qual è il giusto prezzo della vita?". Per rispondere a questo interrogativo, i governi, gli economisti e i decisori politici dovrebbero valutare diverse cose e "misurare" diversi fattori e variabili. Per esempio quanto è costato fino a oggi salvare un anno di vita con il parziale blocco delle attività lavorative? Quali sono i costi del lockdown nel lungo periodo in termini di prodotto interno lordo (PIL) e quali i costi in termini di benessere e salute della popolazione? Anche se può sembrare cinico, la vita umana ha un suo valore economico, un valore statistico che secondo le stime dell'Istituto nazionale di statistica è di 342 mila euro. Quindi la valutazione del costo economico della pandemia e del risparmio economico delle misure di contenimento può essere calcolato (semplicemente) moltiplicando questo valore per il numero di morti stimati o previsti.

"Il dilemma è chiaro: azzerare il numero delle persone che perdono la vita e sopportare un costo enorme in termini di PIL perduto, oppure cercare un equilibrio con la situazione economica del paese?" si chiede Stefano Capri su La Voce. "Molto probabilmente la decisione verrà presa senza un criterio esplicito". La quadratura del cerchio è nella ricerca di un punto di incontro tra il numero di vite da proteggere e le risorse economiche da sacrificare. "Siamo comunque di fronte a un tipico caso di scelta tragica, sia che si tratti di decisioni consapevoli ed esplicite sia che si assumano posizioni non trasparenti e che non hanno un calcolo alla loro base" ammette Capri, che nel suo commento prende come riferimento due studi, uno dell'Istituto Cattaneo e uno dell'Imperial College di Londra. Il primo studio utilizza l'analisi costo-efficacia, strumento classico per la valutazione economica: se spendendo 1 milione di euro prolunghiamo la vita a 10 individui in media di 10 anni ciascuno, per ogni anno di vita

^{5.} Vineis P. Perdere la partita del potere e della solidarietà. Recenti Prog Med 2020; Suppl Forward 18; S4-S5.

^{6.} Roubini N. A greater depression. Project Syndicate 2020; 24 marzo.

^{7.} Covid-19 presents stark choices between life, death and the economy. The Economist 2020, 2 aprile 2020; ultimo accesso 22 giugno 2020.

^{8.} Capri S. *Riapertura? Le ragioni della salute e quelle dell'economia*. LaVoce.info 2020; 21 aprile; ultimo accesso 22 giugno 2020.

guadagnato spendiamo 10.000 euro [1.000.000/(10×10)]. Con un approccio pragmatico, talvolta criticato perché troppo esposto a distorsioni o soggettività, il valore soglia oltre il quale un intervento sanitario viene giudicato non conveniente varia da nazione a nazione: negli Stati Uniti è 100 mila dollari americani, in Canada 50 mila dollari canadesi, nel Regno Unito 30 mila sterline, in Svezia, l'equivalente in corone svedesi di 100 mila euro. In Italia non esiste un parametro formalmente determinato, ma per analogia con il sistema sanitario e il contesto sociale britannico il valore di 30 mila euro può essere considerato un riferimento. "Quanto è costato fino a oggi salvare un anno di vita con il parziale blocco delle attività economiche?" si chiede Capri.

Il costo lo si pone uguale al PIL che il Paese perde a seguito delle restrizioni imposte alle attività produttive, pari allo 0,75% la settimana (secondo il Centro studi Confindustria). In due mesi, prendendo come riferimento il Pil del 2019, che è stato di 1.695,59 miliardi, si sarebbero perduti 101,735 miliardi. Dai dati sui decessi forniti dall'Istituto superiore di sanità su Epicentro si può ricavare la distribuzione per classi di età e si può quindi applicarla ai soggetti salvati. Suddividendoli per classi di età e applicando a ciascuna la rispettiva speranza di vita, cioè il numero di anni che rimangono in media da vivere al singolo soggetto, si ottiene il totale degli anni di vita che sono stati guadagnati" (Tabella 1).

Classi di età	Mortalità Covid-19	Distribuzione decessi evitati per classe di età (A)	Speranza di vita per classe di età (anni) (B)	Anni di vita guadagnati per classe di età (AxB)
20-29	0.0005	18	60.9	1107
30-39	0.0023	88	51.1	4490
40-49	0.0088	335	41.4	13863
50-59	0.0384	1458	32	46603
60-69	0.116	4407	23	101514
70-79	0.3339	12688	14.9	189209
80-89	0.4028	15305	8.1	124310
90+	0.1002	3807	3.8	14427
	1	38000		495568

Secondo lo studio dell'Imperial College, invece, il lockdown ha permesso di salvare 38 mila vite (con un intervallo cha va da 13 mila a 84 mila) e, calcolando il rapporto tra il totale degli anni di vita guadagnati e il calo del PIL di 101,735 miliardi, si giunge all'evidenza di un costo per anno di vita salvato pari a 205.291 euro.

In entrambi i casi, appare evidente come si tratti di esercizi caratterizzati da forti limiti metodologici. Permangono incertezze sugli effetti della chiusura delle attività sulla mortalità, come anche sulla perdita in termini di PIL. Inoltre, qualsiasi simulazione considerasse gli effetti positivi della riapertura si baserebbe su una previsione che non potrebbe considerare le difficoltà che i singoli comparti produttivi potrebbero incontrare al momento della ripartenza in una situazione di mercato profondamente mutata.



Forse converrebbe lasciar perdere, seguendo il consiglio del filosofo tedesco Jürgen Habermas che, intervistato da *Le Monde*, ha affermato che "i politici devono resistere alla tentazione utilitaristica di soppesare i danni economici e sociali, da un lato, e le morti evitabili, dall'altro. Si deve accettare il rischio di sovraccaricare il sistema sanitario e, quindi, aumentare il tasso di mortalità per far ripartire prima l'economia e ridurre così anche la miseria sociale causata dalla crisi economica? Su questo punto la raccomandazione specifica del Consiglio tedesco di etica è rimasta fatalmente ambigua. I diritti fondamentali vietano agli organi statali di prendere qualsiasi decisione che accetti la possibilità di morte di singole persone"⁹.

IL TRADE-OFF TRA COSTI PER LA PROTEZIONE E VANTAGGI DEL TORNARE PRODUTTIVI

La pandemia obbliga a una condizione di incertezza non soltanto per quanto riguarda le conoscenze sanitarie. "Non siamo nelle condizioni di confrontare un costo certo in termini di salute con un costo certo in termini economici" ammette Maurizio Franzini, professore ordinario di Politica economica alla Sapienza università di Roma. "Molti sono favorevoli ad aprire tutto subito e lo fanno sulla base di una valutazione di un basso rischio sanitario, viceversa coloro che temono molto le consequenze di un'eventuale seguela di contagi ed espansione della malattia stanno sul versante opposto. Molto spesso questa valutazione del rischio è condizionata – se posso usare questo termine – da opzioni ideologiche". Impedire alle persone di recarsi al lavoro sarebbe una violazione della libertà, addirittura lederebbe la Costituzione. In presenza di una situazione del genere, caratterizzata da incertezza e polarizzazione, e non volendo considerare un approccio come quello prima descritto, basato sulla valutazione di costoefficacia, si potrebbe riflettere sull'opportunità di investire su determinate misure che possono ridurre il rischio: oggetto della valutazione diventerebbe dunque la convenienza di sostenere maggiori costi per garantire un'organizzazione diversa della produzione e maggiore sicurezza. La domanda da fare, secondo Franzini, sarebbe: quanto sei disposto a pagare in termini di costi di organizzazione per ridurre il rischio di contagio e malattie, e quindi aumentare la produzione ma con un valore aggiunto più basso perché hai maggiori costi? "Sarebbe un ragionamento più razionale: sostengo dei costi per ridurre il rischio e sopporto quei costi nella misura che rende conveniente riaprire le produzioni con un limitato danno prospettico in termini di vite umane. Quindi si tratterebbe di agire su questo costo che tecnicamente gli economisti direbbero essere il costo che allenta il trade-off, cioè il costo che rende più compatibili i due obiettivi. Sono dell'idea che bisognerebbe porsi questi problemi perché non credo che le cose si risolveranno definitivamente in tempi rapidi e quindi questioni di questo genere dovremo affrontarle". La riflessione di Franzini suggerisce anche un approccio che si adatti alla valutazione dell'attuale organizzazione del lavoro nei diversi ambiti produttivi. In quale settore è più facile garantire il distanziamento senza grossi investimenti e rivoluzioni organizzative? In quali comparti è più facile continuare a lavorare a distanza? Quello che evidenziano alcune analisi nazionali e internazionali è che le difficoltà maggiori a realizzare questa riorganizzazione emergono dove sono occupate le persone più vulnerabili e più deboli economicamente. "Laddove ci sarebbe maggior bisogno di cambiamenti per ridurre il rischio sono coinvolti i lavoratori più deboli e questo rende più difficile che vengano messe in atto le misure per proteggerli. Il problema è difficile da risolvere. Sicuramente, però, è possibile con costi limitati raggiungere una condizione di più intensa attività produttiva e di riduzione dei problemi sanitari più positiva di quella a cui andremmo incontro se non facessimo nulla".

^{9.} Truong N. Jürgen Habermas: "Dans cette crise, il nous faut agir dans le savoir explicite de notre non-savoir". Le Monde 2020; 10 aprile. Ultimo accesso 23 giugno 2020.



COVID-19 E POLITICHE DI WELFARE

"Dal punto di vista dell'intervento a sostegno dei redditi, l'Italia pare avvantaggiata perché abbiamo la cassa integrazione che è un istituto importante che consente di sostenere persone che continuano formalmente a essere occupate anche se sospese dal lavoro. Riguardo le altre misure di sostegno al reddito, è stata migliore la risposta di quei Paesi che avevano una misura di reddito minimo garantito collaudata e ben funzionante, simile al nostro reddito di cittadinanza, che però ha una serie di condizioni per l'accesso molto stringenti e che, per esempio, finisce per tenere fuori persone povere ma che hanno la casa di proprietà. In generale, in questa fase le differenze tra Paesi sono relativamente contenute: l'imperativo per tutti è stato dare un reddito a chi non lo aveva e nessuna nazione si è tirata indietro", spiega Franzini.

Infine, in periodi del genere, quando non si è protetti dal welfare e si perde il lavoro, conta molto il risparmio accumulato: quanti soldi hai da parte. "Normalmente si dice che gli italiani sono risparmiatori ma anche in questo caso viene fuori il problema delle medie" continua. "È vero che la ricchezza media di una famiglia italiana è di 390mila euro includendo anche la casa. Il problema è che una quota rilevantissima di popolazione ha una ricchezza ridicola, soprattutto in termini di liquidità. Se tagliamo la casa di proprietà, un 20% delle famiglie italiane risultava fino a qualche tempo fa avere un conto in banca con un deposito di due o tremila euro. Quindi, non si può non considerare che, se non dai un reddito a chi lo perde, sei un Paese in cui un quarto della popolazione non ha i risparmi per sopravvivere".

È un momento eccezionale mai visto prima. Bisogna reagire con misure eccezionali, mai viste prima

NON SPRECARE UNA BUONA CRISI

Questa pandemia ha messo in risalto più che mai l'interrelazione tra sanità ed economia e ha ricordato il valore sia sociale sia economico del supporto pubblico e dell'assistenza socio-sanitaria e dell'importanza di rendere l'intero sistema forte alla base per non farsi più trovare impreparati. "Gli oggetti fragili hanno il terrore delle perturbazioni, degli eventi causali e, soprattutto, del tempo. Perché anche se non si verificano tanti shock, nel tempo si accumulano tante piccole scosse che alla fine hanno ragione delle cose fragili. Dobbiamo cercare di rendere noi stessi, i nostri investimenti, le nostri società antifragili. Con questo termine indico una realtà che in tempi di incertezza invece di logorarsi prospera", scrive Nassim Taleb, il saggista e matematico finanziario studioso delle catastrofi e degli eventi imprevisti e imprevedibili di grande portata, in una riflessione utile a capire come porsi nei confronti della casualità che governa il mondo¹⁰.

Cogliere l'occasione per ripensare al servizio sanitario – tra centralismo e regionalizzazione, tra coesione e autonomia – ma anche riflettere sul modello economico e sui valori. "L'obiettivo non dovrebbe essere semplicemente quello di trovare un modo per ripristinare la crescita del PIL, ma di creare società migliori, caratterizzate da una salute migliore e da ineguaglianze sanitarie meno incisive" ha scritto su The Lancet Sir Michael Marmot¹¹. Gli elementi costitutivi di una società migliore non possono prescindere dalla riduzione della povertà infantile e dal finanziamento dei servizi per migliorare la crescita e la salute dei bambini; da finanziamenti adeguati per l'istruzione; dal miglioramento delle condizioni di lavoro; dalla garanzia di un reddito minimo per condurre una vita sana; dalla creazione di ambienti sani e sostenibili in cui vivere e lavorare; dalla predisposizione delle condizioni affinché le persone perseguano comportamenti sani. "Non sprecare mai una buona crisi" raccomanda Sir Marmot. "La crisi della salute pubblica è diventata una crisi economica e sociale. Man mano che emergiamo dalla pandemia di COVID-19, è importante guardare avanti al tipo di società che desideriamo".

^{10.} Intervista a Taleb, "Dal coronavirus una scossa al sistema, ma questo non è il mio Cigno Nero". La Repubblica 2020, 03 marzo; ultimo accesso 22 giugno 2020.

^{11.} Marmot M. Society and the slow burn of inequality. Lancet 2020;395:1413.



COVID-19. La dieta al tempo del Coronavirus: tra fake news e (poche) evidenze

Andrea Pezzana, Michela Zanardi, Luca De Carli SC Nutrizione Clinica – ASL Città di Torino

Quelli che stiamo vivendo sono giorni di grande difficoltà per il nostro Paese per l'emergenza legata al coronavirus SARS-CoV-2. Le situazioni nuove e in parte ancora inesplorate, in particolare quelle che suscitano timori e paure, sono terreno fertile per la disinformazione. Il tema della nutrizione è d'abitudine tra gli argomenti prediletti dalle fake news, e la pandemia ha offerto lo spunto per il fiorire di nuove sedicenti "teorie", con il solo risultato di aumentare la confusione dei cittadini che quotidianamente vengono bombardati da una miriade di informazioni veicolate dai media.

Abbiamo scelto di scrivere questo contributo per provare a fare chiarezza sul ruolo della nutrizione nell'infezione da coronavirus.

È importante sottolineare che in nessun modo l'alimentazione, o alcun alimento, possono prevenire l'infezione da Coronavirus; d'altra parte, però, lo stato nutrizionale è fondamentale per l'organismo nel garantire una efficiente risposta agli agenti patogeni.



I soggetti malnutriti sono più a rischio di contrarre un'infezione sintomatica e con decorso clinico più complicato I soggetti malnutriti sono più a rischio di contrarre un'infezione sintomatica e con decorso clinico più complicato. Il sottopeso è la più comune manifestazione della malnutrizione per difetto, esistono tuttavia altre forme di malnutrizione altrettanto gravi e più subdole. L'obesità è infatti uno dei principali fattori di rischio per la polmonite da coronavirus: spesso l'eccesso ponderale è correlato a una ridotta massa muscolare (sarcopenia in obesità) e a una minor capacità dell'organismo di reagire agli stimoli stressogeni. Non ultimo, l'obesità è correlata ad altre patologie come l'ipertensione, il diabete mellito tipo 2, le apnee notturne.

Il sottopeso e l'obesità sono tuttavia due quadri che richiedono interventi mirati, i cui risultati possono essere raggiunti in orizzonti temporali mediolunghi. Non è ragionevo-le improvvisare diete per aumentare o calare rapidamente di peso al solo fine di ridurre il rischio di manifestare l'infezione; un regime dietetico sbilanciato per eccesso o per difetto comporta elevati rischi di sviluppare problemi metabolici o carenze nutrizionali.

La consapevolezza delle possibili conseguenze cliniche della malnutrizione dovrà piuttosto essere uno stimolo per intraprendere percorsi di miglioramento della composizione corporea, con l'obiettivo di ricercare un invecchiamento in salute e una migliore qualità di vita.

Ma quali nutrienti sono importanti in questi giorni?

Le vitamine sono importanti alleate delle difese immunitarie, è quindi buona norma consumare regolarmente 4-5 porzioni quotidiane di frutta e di verdura, meglio se cruda o cotta al vapore o al forno a basse temperature. I prodotti di origine vegetale sono ricchi anche di fitonutrienti, sostanze con molteplici azioni tra cui quella antin-



fiammatoria e immunoregolatrice. Alternare frutta e ortaggi dei cinque diversi colori della salute (viola-blu, verde, bianco, giallo-arancio, rosso) permette di assumere un'ampia varietà di fitonutrienti e potenziarne l'effetto.

Un ruolo importante nella modulazione della risposta infiammatoria è giocato dalla vitamina D, nutriente che sta assumendo anche importanza nel trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2. Studi epidemiologici mostrano come almeno il 50% degli italiani presenti una carenza di vitamina D, dato che sottolinea quanto sia importante garantirne un corretto apporto con la dieta. Alimenti come il pesce (meglio se fresco e di piccola taglia), le uova, i derivati del latte e i cereali integrali sono buone scelte per raggiungere un quantitativo adeguato di vitamina D; l'esposizione solare, purtroppo durante il momento di emergenza per gran parte di noi su terrazzi o balconi, permetterà l'attivazione della vitamina D e la renderà pienamente efficace.

Come confermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, non esistono a oggi farmaci per la prevenzione dell'infezione da Coronavirus, e sono dunque infondate le notizie che indicano la vitamina C come fattore protettivo. L'acido ascorbico ha potenti azioni antiossidante e antinfiammatoria che possono in piccola misura contrastare la sintomatologia delle sindromi influenzali e parainfluenzali, non ha però efficacia sulla virulenza dell'attuale pandemia. La supplementazione farmacologica di vitamina C non ha un razionale, è invece consigliato il consumo di alimenti che ne sono naturalmente ricchi come i kiwi, il melograno, gli agrumi, i broccoli, i peperoni e le verdure a foglia verde.

Anche gli oligoelementi, o elementi traccia, rivestono un ruolo centrale nella regolazione di risposta immunitaria e infiammazione. Carenze di ferro, rame, zinco o selenio rendono le persone più soggette alle infezioni sintomatiche, in particolare quelle virali. Gli oligoelementi sono presenti in molti alimenti, il consiglio è di seguire una dieta varia che includa cereali integrali, semi oleosi, frutta secca, uova, carne (preferibilmente 2-3 volte a settimana) o pesce.

Proprio il pesce può essere un altro importante alleato in quanto, oltre a fornire proteine nobili, è fonte di acidi grassi omega 3. Questi ultimi, nutrienti essenziali perché non prodotti dall'organismo umano, agiscono come potenti antinfiammatori ed esistono evidenze di un loro ruolo nella modulazione dei sintomi in infezioni virali come l'epatite C e l'AIDS. Il pesce azzurro (acciughe, sardine, alici, sgombri...) è il più ricco di omega 3, buone fonti sono anche la frutta secca e i semi oleosi.

Sono indicati integratori alimentari?

Salvo indicazioni cliniche specifiche o terapie già assunte prima della pandemia da SARS-CoV-2, non sono consigliate integrazioni di alcun tipo. In analogia con quanto indicato dal Fondo Mondiale per la Ricerca sul Cancro nel 2018, la supplementazione di nutrienti può in alcune situazioni essere pericolosa se autogestita, e in ogni caso, alla luce delle evidenze attuali, non porterebbe alcun beneficio.

Ma come organizzare la giornata alimentare?

La possibilità di dedicare tempo alle preparazioni culinarie e la sedentarietà obbligata non devono essere sinonimi di pasti abbondanti o di spiluccamento continuo: è più salutare mantenere regolari gli orari dei pasti e consumare due piccoli spuntini a metà mattina e pomeriggio.

Anche all'interno delle mura domestiche non mancano le opportunità di organizzarsi per mantenere un livello minimo di attività fisica; come per la nutrizione, anche in questo ambito è importante affidarsi alle indicazioni di specialisti qualificati come i medici dello sport, fisiatri, fisioterapisti, laureati in scienze delle attività motorie e sportive.

L'infezione da Coronavirus può essere trasmessa dagli alimenti?

La via principale di trasmissione del virus è attraverso droplet, ovvero piccole gocce di saliva nebulizzata prodotte con la tosse, uno starnuto, o anche solo dal respiro di un paziente portatore. Gli agenti patogeni hanno però la capacità di sopravvivere alcune ore sulle superfici (e quindi anche sugli alimenti), mantenendo una contagiosità, seppure attenuata.

L'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare ha comunque segnalato come a oggi non sono noti casi di trasmissione virale tramite il consumo di cibi. Come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità, è comunque buona norma manipolare gli alimenti rispettando le buone pratiche igieniche, in particolare evitando il contatto tra cibi crudi e cotti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia di lavare sempre frutta e verdura, in particolare se poi mangiata cruda; la cottura accurata è efficace nell'uccisione di patogeni della famiglia dei coronavirus.

focus COVID-19

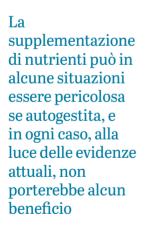
Concludendo

In conclusione, non esistono a oggi evidenze che alcun alimento possa prevenire l'infezione, tuttavia un buono stato nutrizionale può mitigare i sintomi delle forme di malattia meno gravi. Diversi nutrienti possono avere un ruolo nella regolazione di infiammazione e immunità ed è quindi consigliata una dieta varia, con abbondante consumo di prodotti vegetali e integrali.

Il modello della dieta mediterranea è ancora una volta quello che meglio soddisfa le necessità nutrizionali di questo momento: a ogni pasto non devono mancare frutta, ortaggi, cereali integrali e olio d'oliva, con un consumo quotidiano di frutta secca, semi oleosi e due porzioni di derivati del latte (preferibilmente fermentati). La carne andrebbe consumata due o tre volte alla settimana, privilegiando il pesce e i legumi.

E infine un invito

Per chi è obbligato a casa, queste settimane possono essere una preziosa occasione per riscoprire la cucina e la gastronomia, patrimonio di conoscenza e di saper fare proprio del nostro Paese, con sfaccettature differenti da regione a regione, se non da comune a comune o da famiglia a famiglia. Le ricette della tradizione sono spesso un sapiente equilibrio tra gusto e proprietà nutrizionali, maturato in secoli di esperienza.







Aggiornamento Giugno 2020

L'ASL Città di Torino è stata in prima linea, insieme alle altre strutture sanitarie regionali e nazionali, in questa emergenza: nel periodo di massimo afflusso ha garantito un totale di 914 posti letto COVID, pari al 23% dei pazienti ospedalizzati della Regione Piemonte, di cui 56 ricoverati in ICU e 54 in area subintensiva. A metà aprile, mentre la situazione mostrava i primi segni di stabilizzazione della pandemia, manteneva 621 posti letto COVID, pari al 29% dei letti della Regione Piemonte. Proprio in quei giorni apriva una struttura dedicata (ospedale COVID presso le OGR) per la gestione dedicata e multispecialistica dei pazienti positivi al Coronavirus, affidato all'ASL Città di Torino, che ha a tutt'oggi accolto circa 170 pazienti, di cui 22 in terapia semi-intensiva.

Fin dalle prime settimane dell'emergenza pandemica sono iniziati a comparire lavori scientifici (nonostante la scarsità di dati e i brevissimi tempi di osservazione) che segnalavano alcune connessioni tra stato nutrizionale e patologia COVID: elevato numero di persone obese tra gli infettati, carenza di vitamina D frequentemente osservate nei ricoverati, frequente calo ponderale di grossa entità nei pazienti con quadro clinico polmonare severo. Da queste osservazioni e dal confronto con Centri nazionali e regionali di Nutrizione Clinica è scaturita l'esigenza di scrivere un protocollo nutrizionale e di rivederlo frequentemente per migliorare l'assistenza al paziente COVID, pur con la consapevolezza che un quadro di così difficile gestione clinico-assistenziale come l'infezione da COVID-19 imponeva scelte fondate su pragmatismo e semplicità.

Il protocollo aziendale, pur con i limiti già segnalati, è scaturito da una revisione della (poca) letteratura disponibile al riguardo, condotta con la maggior correttezza metodologica possibile grazie al gruppo aziendale dedicato al risk management e alla stesura di protocolli. Forti del percorso avviato sulla lotta alla malnutrizione in tutte le sue forme, anche attraverso l'attuazione di un Progetto CCM assegnatoci, abbiamo provato a coniugare le conoscenze più forti e strutturate sulla malnutrizione con quelle iniziali e incerte sulla patologia COVID. Ci siamo basati, soprattutto nella fase di crescita del contagio e di emergenza sanitaria, su:

supplementazione di alte dosi di vitamine (in generale, e di vitamina D in particolare) e di oligoelementi per tutti i pazienti COVID;

- inserimento precoce di supplementi nutrizionali ad alta densità calorica e proteica anche in assenza di segni clinici o ematochimici di malnutrizione;
- in caso di necessità di nutrizione artificiale, preferenza della via enterale rispetto alla parenterale, pur con alcune difficoltà a volte presenti (necessità di pronazione, sintomatologia gastro-intestinale quale vomito o diarrea).

Nella gestione successiva alla stabilizzazione del contagio, potendo inserirci in maniera più continuativa nella gestione multiprofessionale del paziente e nella discussione collegiale dei casi, in particolare presso l'ospedale COVID alle OGR, abbiamo lavorato su problematiche connesse maggiormente alla cronicità dell'infezione: frequenti casi di disfagia per patologie concomitanti o preesistenti, supplementazioni specifiche in casi di severa sarcopenia o lesioni da pressione, gestione di nutrizioni enterali di lunga durata in insufficienze respiratorie severe, percorsi di continuità assistenziale sul territorio per bisogni nutrizionali specialistici quali fornitura di supplementi nutrizionali orali od organizzazione del percorso di nutrizione artificiale domiciliare.

Emerge fortemente, dalla nostra esperienza, la conferma del ruolo della nutrizione clinica, anche in questa patologia, come componente non accessoria di una cura necessariamente multiprofessionale.

Bigliografia e sitografia essenziale

Dietz W., Santos-Burgoa C. *Obesity and its implications for COVID-19 Mortality.* Obesity 28, 6, June 2020

Naja F., Hamadeh R. *Nutrition amid the COVID-19 pandemic: a multi-level framework for action*. Eur J Clin Nutr, Apr 2020

McAuliffe S, Ray S, Fallon E et al. *Dietary micronutrients in the wake of COVID-19: an appraisal of evidence with a focus on high-risk groups and preventative healthcare.* BMJ Nutr, Prev, Health. bmjnph 2020;0. doi:10.1136/bmjnph-2020-000100

Caccialanza R, Laviano A, Lobascio F, et al. *Early nutritional supplementation in non-critically ill patientshospitalized for the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19): rationale and feasibility of a shared pragmatic protocol.* Nutrition (74) 2020

https://www.worldobesity.org/news/statement-coronavirus-covid-19-obesity

EPIDEMIE E CAMBIAMENTO

Franco Lupano

già Medico di Medicina Generale e presidente CISO - Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospitaliera Piemonte

La Storia è maestra di vita. Purché ci sia qualcuno disposto ad ascoltarla e a mettere in pratica i suoi insegnamenti. Le epidemie hanno portato conseguenze immediate e a distanza sull'umanità, ma molto diverse, e non sempre in linea con quello che l'evento poteva insegnare. Vediamo dunque di analizzarle.

Nella descrizione che fa Boccaccio della peste a Firenze nel 1348 c'è una frase importante che riguarda i medici, o meglio, quelli che lui chiama "i medicanti": "de' quali, oltre al numero degli scienziati, così di femine come d'uomini senza avere alcuna dottrina di medicina avuta mai, era il numero divenuto grandissimo". In altre parole, molti avevano fiutato l'affare nell'evento epidemico e cercavano di guadagnarci su millantando competenze e spacciando rimedi, per sfruttare il panico dilagante tra la popolazione. E la peste del Trecento insegnò proprio questo: le epidemie non possono essere lasciate all'iniziativa privata e individuale, ma sono un fenomeno che riguarda lo Stato, che deve farsene carico affrontandole al meglio in base alle conoscenze e alle possibilità del momento. È da allora infatti che vennero creati i Magistrati di Sanità, istituzioni pubbliche incaricate di affrontare le emergenze sanitarie, ma anche di occuparsi della salute pubblica in condizioni normali: i primi nacquero in Italia, che divenne un esempio anche per gli altri Stati europei, i quali mandavano delegazioni per imparare da noi come organizzarsi. In pratica la peste fu la molla per porre le basi di un'assistenza sanitaria pubblica, che si rivelò preziosa quando venne scoperto il vaccino contro il vaiolo. Il quale in pochissimo tempo si diffuse in tutta Europa e fu reso disponibile gratuitamente alla popolazione, utilizzando presidi creati ad hoc e i medici delle campagne, che venivano pagati dallo Stato in base al numero di vaccini

Nell'Ottocento furono le epidemie di colera a mobilitare le Istituzioni. Dopo che John Snow pubblicò il suo Sul modo di trasmissione del colera, in seguito agli studi sul campo durante l'epidemia di Londra nel 1854-55, si avviò una grande campagna di lavori pubblici per la fornitura di acqua potabile controllata e la creazione di fognature, che in Italia fu promossa e sostenuta da un gruppo di igienisti che si impegnarono a fondo per cambiare le nostre abitudini igieniche. Tra di essi Paolo Mantegazza, Giulio Bizzozero e Luigi Pagliani, torinese, firmatario della prima legge di riforma sanitaria dell'Italia unita, totalmente incentrata sulla prevenzione.

Altre malattie hanno influito in modo determinante sui comportamenti individuali. La sifilide, che dilagò in forma epidemica nei primi anni del Cinquecento, si manifestò all'inizio in una forma devastante, che portava a morte nel giro di un anno. Date le modalità di trasmissione, che si chiarirono abbastanza in fretta, fu la Chiesa a muoversi, inasprendo la morale sessuale e rendendo il matrimonio un'istituzione molto più rigida di quanto non lo fosse stata fino ad allora. Per capirlo, basta leggere proprio il Decameron di Boccaccio, che venne pubblicato senza alcun problema da parte dell'autorità ecclesiastica del tempo, e che invece nel 1582 venne ristampato in un'edizione censurata, per fortuna in seguito dimenticata. Il confronto con l'AIDS è inevitabile, ma in questo caso sono state alcune





Durante i due mesi di serrata quasi totale, abbiamo visto il sostegno e l'apprezzamento verso medici. infermieri e operatori sanitari in genere, la rivalutazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, il crollo dell'inquinamento, ampiamente documentato, con la natura che si riprendeva spazi impensabili



categorie sociali ad avviare il cambiamento: gli omosessuali hanno progressivamente stabilizzato le loro relazioni, grazie anche all'accettazione da parte della società, che sta progressivamente permettendo l'ufficializzazione delle loro convivenze. In questo modo l'HIV ha spostato il proprio obiettivo sulla ben più estesa popolazione eterosessuale, in particolare in aree del mondo più disagiate, dove i veicoli principali sono la prostituzione e il turismo sessuale, che richiedono interventi non solo statali ma anche a livello internazionale.

Ma i cambiamenti indotti da altre epidemie impongono ulteriori riflessioni. Ad esempio, è noto che quando gli europei giunsero nelle Americhe e ne iniziarono la colonizzazione, la diffusione di malattie sconosciute in quei territori, come il vaiolo, ma anche altre meno gravi come il morbillo, portarono alla morte gran parte delle popolazioni locali, a volte fino al 90%. La grave carenza di manodopera che si creò per le coltivazioni di canna da zucchero e di cotone portò come principale conseguenza l'avvio dello schiavismo nel mondo occidentale, che per trecento anni macchiò in modo indelebile la nostra "civiltà".

Poi vi fu un caso in cui un'infezione, pur non colpendo direttamente l'uomo, ebbe conseguenze paragonabili alla peste: il fungo che distrusse i raccolti di patate in Irlanda tra il 1845 e il 1848. Si calcola che siano morti circa due milioni di irlandesi, e altrettanti siano emigrati, soprattutto in America. All'inizio del Duemila in Irlanda la popolazione era ancora inferiore a quella di inizio Ottocento. Gli inglesi non modificarono sostanzialmente la loro politica di oppressione, e gli irlandesi trasformarono in una forma mentale l'odio che già avevano contro i dominatori, che si è mantenuto fino in tempi recenti.

Come si vede, dalle esperienze passate non è facile trarre conclusioni univoche per capire quali possono essere i cambiamenti indotti dall'attuale pandemia. A livello dei singoli individui l'obiettivo è quello di tornare al più presto alla normalità, e certi cambiamenti possono essere accettati solo se sono l'unico mezzo per raggiungere questo scopo. Durante i secoli della peste i commerci per mare continuarono e si svilupparono, anche se i porti imponevano quarantene estenuanti (allora potevano essere davvero di quaranta giorni) e pretendevano "certificati di sanità" dagli equipaggi. I contadini irlandesi rimasti in patria resero più produttiva la loro attività impedendo la frammentazione ereditaria, dimodoché tutto passava al primogenito e gli altri potevano solo emigrare o prendere i voti. Inoltre, non sempre i cambiamenti sono duraturi. L'influenza aviaria nel 2003, che fece temere una pandemia, ma che alla fine in tutto il mondo contagiò 500 persone, avrebbe dovuto portare a una rivalutazione critica degli allevamenti intensivi, principali focolai di infezione. Invece causò inizialmente un crollo, del tutto irrazionale, nel consumo di carne di pollo e affini, seguito da un rapido recupero mentre svaniva la paura, fino a ritornare nel 2008 ai livelli precedenti il 2003.

Venendo all'attuale pandemia, durante i due mesi di serrata quasi totale, si sono verificati alcuni fatti importanti. Il sostegno e l'apprezzamento verso medici, infermieri e operatori sanitari in genere, la rivalutazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale, il crollo dell'inquinamento, ampiamente documentato, con la natura che si riprendeva spazi impensabili: animali che si avvicinavano ai centri abitati come mai prima d'ora, le acque di Venezia che tornavano limpide, il cielo terso sopra le metropoli. Nel primo periodo vi è stato un aumento dei rifiuti solidi urbani: la gente si è messa a esaminare cantine, soffitte, armadi e sgabuzzini scoprendo una quantità di cose inutili e inutilizzabili, in un lodevole tentativo di riordino e ritorno all'essenziale. C'è stato un importante sviluppo della solidarietà di vicinato, quando magari prima ci si limitava al saluto incrociandosi nelle scale o in ascensore. Il prezzo di tutto questo è stato però una crisi economica di proporzioni mai viste dall'ultimo dopoguerra, e nessuno è disposto a pagarlo per motivi estetici.

Da più parti si è evocata l'ipotesi di una qualche correlazione, sia pure indiretta, tra l'epidemia e l'alterato e sempre più esasperato rapporto tra l'uomo e l'ambiente che lo circonda. Anche se tale relazione non è facilmente dimostrabile, è innegabile che ci sia stata una ripresa dell'attenzione verso i problemi ambientali. Dunque possiamo vedere in questo frangente l'occasione per incoraggiarla e mantenerla viva, trasformandola in buone pratiche

focus COVID-19

È innegabile che ci sia stata una ripresa dell'attenzione verso i problemi ambientali. Dunque possiamo vedere in questo frangente l'occasione per incoraggiarla e mantenerla viva. trasformandola in buone pratiche che in larga parte sono anche benefiche per la nostra salute

che in larga parte sono anche benefiche per la nostra salute. I medici sono così chiamati a riprendere il ruolo dei colleghi igienisti dell'Ottocento, in una grande campagna educativa. La sezione italiana dell'International Society of Doctors for Environment (ISDE) ha preparato un documento, a cui hanno aderito Slow Medicine e molte associazioni ambientaliste, che può essere da guida per la nostra azione, e che può essere letto e sottoscritto al link https://www.isde.it/covid-19-le-lezioni-da-imparare-e-gli-sbagli-da-non-fare/.



Bibliografia

Nikiforuk A, *Il quarto cavaliere. Breve storia di epidemie, pestilenze e virus.* Mondadori, Milano 2008.

Pigoli G, I dardi di Apollo. Dalla peste all'AIDS la storia scritta dalle pandemie. UTET, Torino 2009.

Alfani G, Melegaro A, *Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società.* Egea, Milano 2010.

Spinney L, 1918. L'influenza spagnola. Marsilio, Venezia 2018.

COVID-19: le lezioni da imparare e gli sbagli da non fare

Come la storia di tutte le epidemie ci ha insegnato, per combattere il **COVID-19** è indispensabile tenere insieme la tutela della salute e quella dell'ambiente.

La pandemia, una chiara espressione dell'ambiente malato, ha dimostrato che potenza economica e tecnologica non sono in grado di evitare enormi danni sanitarie sociali e che dovremmo guardare oltre la mera diffusione del virus per capire la lezione che, nostro malgrado, il coronavirus ci dà.

COSA CI INSEGNA LA PANDEMIA

Rispettare gli habitat naturali e l'ecosistema è fondamentale per ridurre il rischio di questa e di future pandemie.

La **prevenzione primaria** è l'arma più potente per evitare danni sanitari e sociali di ampia portata.

Il progressivo depotenziamento dell'assistenza sanitaria, l'introduzione di logiche privatistiche e prestazioni a pagamento hanno amplificato i danni, mettendo a nudo le carenze di un sistema inadeguato a soddisfare i reali bisogni di salute della popolazione.

Il più alto numero di vittime da Covid-19 si conta tra chi è più fragile e vulnerabile. La **fragilità** è la risultante finale di pressioni di varia natura (sociale, economica, culturale, ambientale...) che possono iniziare anche prima del concepimento, persistono nel corso della vita e si aggravano nell'età avanzata.

Il perseguimento della salute è **prioritario** rispetto agli interessi economici, sia che si tratti di patologie infettive che di malattie cronico-degenerative, entrambe espressione di un alterato rapporto con l'ambiente.



COSA DOVREMMO FARE PER RIPARTIRE

Ripensare il sistema economico e produttivo, **riducendo** drasticamente l'aggressione all'ambiente e **riequilibrando** l'utilizzo delle risorse e delle ricchezze

Salute ed economia non devono più essere scelte contrapposte.

Economia sostenibile a beneficio di molti e non per il profitto di pochi.

Non è più tollerabile un'economia predatoria nei confronti delle risorse e delle persone.

La scelta dello sviluppo sostenibile

La scelta dello **sviluppo sostenibile** è resa necessaria ed urgente dalla pressante crisi climatica e dall'inquinamento ambientale che hanno già causato eventi estremi drammatici e rilevanti effetti negativi sulla salute, tra cui il riemergere di vecchie malattie infettive e la diffusione di nuovi ceppi virali.

Ripensare un modello di assistenza basato sui servizi territoriali e distrettuali incentrati sulle persone, sulla prevenzione e sui problemi prioritari di salute e non sul risparmio, sul profitto e su esigenze private che portano a privilegiare prestazioni altamente specialistiche e super remunerate.

Rimettere al centro dell'attenzione la durata della vita in buona salute, attraverso azioni di provata efficacia finalizzate al miglioramento dei determinanti ambientali, sociali, culturali ed economici di salute.

focus COVID-19

COVID-19: le lezioni da imparare e gli sbagli da non fare

Le responsabilità dell'attuale pandemia vanno condivise tra il virus SARS-CoV-2 e chi ha alimentato le debolezze di un sistema che si è rivelato facile preda di quel virus, con costi umani e economici incalcolabili, dannosi per tutti e più impattanti per le fasce sociali più fragili, per categorie professionalmente vulnerabili come il personale sanitario e per gruppi esposti ad inquinamento ambientale.

Imparare la lezione che questa emergenza sta duramente impartendo può consentire di essere preparati per i prossimi, probabili, eventi simili.

Chiari segnali di una presa di consapevolezza e della volontà di inversione di tendenza potrebbero venire, ad esempio, dall'approvazione della legge sull'agricoltura biologica da tempo ferma in Senato, da quella sul blocco totale del consumo di nuovo suolo, dall'adeguata tutela del patrimonio forestale e boschivo ("il polmone verde" del paese), dalla moratoria sull'implementazione di tecnologie digitali non ancora adeguatamente testate.

Per la ripresa economica e sociale occorre un grande piano di sviluppo sostenibile basato sulle energie realmente rinnovabili, su un'agricoltura improntata ai principi dell'Agroecologia, sul recupero della biodiversità e non su grandi opere impattanti su ambiente e salute. Occorre un piano pluriennale per la messa in sicurezza del suolo e delle infrastrutture esistenti (strade, ponti etc.), la bonifica delle aree inquinate, la rigenerazione urbana, l'adeguamento sismico degli edifici e la messa in sicurezza della rete acquedottistica, il potenziamento della rete ospedaliera pubblica.

Non si può pensare di uscire dalla crisi sanitaria, economica e sociale indotta dalla pandemia rimanendo ancorati o addirittura prigionieri dello stesso modello di sviluppo e di consumo che ha contribuito a crearla.

Occorre cogliere i valori positivi di solidarietà e il sacrificio per contrastare la pandemia, valorizzare la ricchezza delle proposte di cambiamento del rapporto con la natura, difendere la democrazia vigilando sul rispetto dei principi costituzionali, nella consapevolezza che in gioco c'è la vita nostra e delle future generazioni.

Promosso da:





Hanno già aderito: Slow Medicine, WWF Italia, CIPOMO, GUFI, FederBio, Organismo Toscano per il Governo Clinico, Fondazione Allineare Sanità e Salute, Navdanya International, AIDA, Rete Humus, Terra Nuova Edizioni

Per aderire scrivere a isde@isde.it



LA DIFFERENZA TRA LA CORONA E IL CORONA

COMUNICARE AI BAMBINI NEL POST COVID-19

Francesca Cavallini
Presidente TICE Live and Learn Soc. Coop.

Per lungo tempo le corone sul capo di re o regine solleciteranno involontariamente emozioni e preoccupazioni

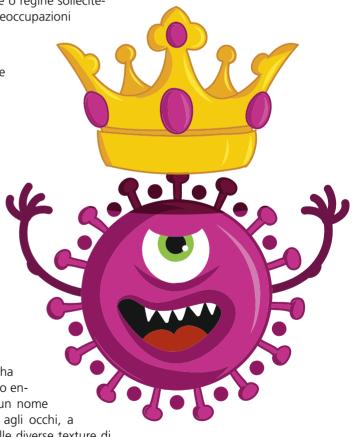
nei bambini.

L'impatto delle parole nella nostra mente ha la facoltà di creare una sorta di eterno presente.

Se, per esempio, un bambino è stato preso in giro per il peso o per la dimensione delle orecchie, ogni volta che, anche da adulto, sentirà per caso i termini "Ciccio Bombo" o "Dumbo", la sua mente attiverà una serie di pensieri generatori di emozioni le quali, a loro volta, provocheranno sensazioni. E le sensazioni che quell'adulto proverà faranno parte del suo presente, non del passato.

In una sorta di cronologia parallela, che lega la storia umana allo sviluppo personale, il desiderio di comunicare ci ha spinto a nominare tutto ciò con cui siamo entrati in contatto, sollecitandoci a dare un nome agli oggetti che si muovevano davanti agli occhi, a quelli che facevano rumore, ai sapori, alle diverse texture di

colore così come agli odori. Abbiamo inventato e tramandato le parole. Le parole si sono insidiate nella mente, trasformandosi in pensieri, e i pensieri hanno imparato a generare emozioni e queste ultime, a loro volta, hanno portato con sé le sensazioni. Così, senza volerlo, a generare sensazioni non è più soltanto ciò con cui entriamo in contatto diretto, ma anche i pensieri, da soli, sono in grado di farci battere il cuore, arrossire, tremare e avvertire un nodo in gola.



focus COVID-19

L'eterno presente degli istinti ha cessato di esistere con la sua biologica spontaneità, trasformandosi in una meta da raggiungere con impegno consapevole.

Viviamo il presente stravolti da emozioni e sensazioni legate al pensiero del passato e del futuro.

Perché dobbiamo tenere presente il bizzarro funzionamento della nostra mente per comunicare con i bambini nel post COVID-19?

Perché possiamo insegnare loro due competenze fondamentali: consapevolezza e flessibilità.

Nei secoli passati ci sono sempre state caratteristiche predittive di benessere per i bambini, ovviamente oltre alla salute:

- Nascere fisicamente forti
- Nascere in una famiglia benestante
- Nascere con un aspetto piacevole
- Nascere con un talento per lo sport
- Nascere con una predisposizione cognitiva per il successo nel percorso scolastico

Nella contemporaneità, invece, né le caratteristiche fisiche né quelle mentali sono minimamente in grado di predeterminare la felicità e il benessere psicologico di un bambino. Tanto meno a seguito di un periodo complesso come quello attuale.

La letteratura scientifica e l'intuito di alcuni visionari lo mostrano già: sono i bambini più emotivamente competenti e consapevoli coloro che hanno saputo meglio gestire le emozioni di questi mesi travagliati.

In generale, più il bambino è in grado di comprendere i propri bisogni psicologici e di accettare l'enorme variabilità e casualità dell'esistenza, meglio sta.

A generare sensazioni non è più soltanto ciò con cui entriamo in contatto diretto: anche i pensieri, da soli, sono in grado di farci battere il cuore, arrossire, tremare e avvertire un nodo in gola

Quindi?

Quindi come parlare ai bambini?

Provo a sintetizzare i consigli che, dal mio punto di vista, potrebbero guidare la comunicazione, in particolare la comunicazione di "cose difficili":

- 1. Rispondere sempre;
- 2. Quando il bambino ha paura e domanda certezze, è possibile rispondere con incertezza;
- 3. È possibile associare alle risposte complesse e dolorose spunti di fantasia e creatività:
- 4. Raccontare come ci si sente e come ci fanno sentire i pensieri e le emozioni del bambino:
- 5. Cercare, con tutto il coraggio di cui si è capaci, di provare a "stare" con il dolore, con la paura o la tristezza del nostro bambino, senza cercare di scacciarle.

Per comunicare in modo consapevole con il nostro bambino dobbiamo diventare consapevoli noi stessi. Allenarci a vedere le nostre e le sue emozioni.

Provare e riprovare le risposte e l'effetto che avrebbero su di noi (invertendo per prova i ruoli).

Proviamo, dunque.



Come rispondereste a queste domande tenendo presente i principi appena enunciati?

- 1. Ma se mi ammalo di COVID poi muoio?
- 2. Ma il Coronavirus ritornerà?
- 3. Ma se si ammala la nonna poi muore?
- 4. Ma cosa succede se torna il Coronavirus?
- 5. Mamma, è vero che tu non muori?
- 6. Ma lo troveremo il vaccino?

Probabilmente i principi elencati sopra non bastano, e ognuno di noi avrà dubbi e incertezze rispetto alle risposte che potrebbe dare e ai loro effetti sul bambino. La risposta giusta naturalmente non esiste e, benché utile, nessun principio è sufficientemente valido in tutti contesti; per questo il nostro impegno da adulti nel rispondere ai bambini potrebbe essere cercare di offrire una risposta più consapevole non solo nei contenuti ma anche negli aspetti emotivi connessi. Per diventare consapevoli dobbiamo provare gli effetti che quella frase o quella risposta hanno su noi stessi e sugli altri: esercitarci e provare a condividerle con un altro genitore o con un amico ancora prima che ci vengano fatte.

Perché?

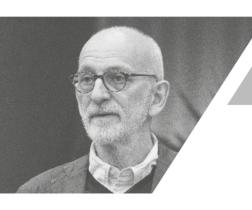
Perché quando una paura è esperita da una specie vivente nel suo complesso, quella paura inscrive qualcosa nella genetica. Nessuna formica corre verso il fuoco: la paura provata dalle prime formiche che hanno visto il primo fuoco si è registrata sui geni ed è espressa in un fenotipo comportamentale. Così evitare di avvicinarsi troppo al fuoco è un comportamento istintivo, scritto nei geni.

Anche la nostra specie ha provato una paura. Anche quella paura probabilmente scriverà qualcosa sui nostri geni, magari l'abitudine di stare più distanti gli uni dagli altri, di aprire più spesso le finestre o di lavarci spesso le mani. La paura che abbiamo provato credo scriva sui geni anche il bisogno di avvicinare le nostre emozioni, condividerle e reciprocamente aiutarci a fare i genitori.

Per rispondere alle domande complicate dei bambini ci vuole un genitore pronto a raccontare e condividere le sue paure, perplessità ed emozioni con un altro genitore: in questo modo è più facile diventare consapevoli e supportare il figlio.

COVID-19 ci terrà forse più lontani ma, spero, più vicini come esseri umani e genitori capaci di supportare lo sviluppo dei bambini come comunità che si sostiene e ascolta reciprocamente.





INTERVISTA A Guido Giustetto

a cura di redazione Torino Medica

Dottor Guido Giustetto, presidente OMCeO Torino

4 luglio 2020

Dopo i tragici mesi di marzo e aprile, la situazione, almeno nel nostro Paese, sta tornando a una relativa normalità. Il futuro però è pieno di incognite sanitarie, politiche e sociali. Con fatica si sta ricostruendo una nuova normalità, con cambiamenti che dovranno investire il tessuto sociale, lavorativo e culturale, la programmazione economica e il sistema sanitario socio-assistenziale. L'Ordine dei Medici della provincia di Torino, come molti ordini e la FNOMCeO stessa, è stato in prima linea al fianco di cittadini e sanitari. Ora che occorre necessariamente guardare al futuro, vogliamo ripercorrere le tappe della pandemia da un'ottica privilegiata e conoscere alcune riflessioni sugli scenari che ci attendono in futuro. Per questo abbiamo deciso di intervistare il presidente dell'OMCoO di Torino, il dottor Guido Giustetto.



Iniziamo ripercorrendo il momento dell'inizio dell'allarme pandemia.

Da quel momento e dalle prime reazioni comprensibilmente affannate della sanità pubblica sono passati quattro lunghi mesi. L'Ordine dei Medici è stato coinvolto, per la prima volta nella storia recente dell'istituzione, in un periodo di grave pandemia. Una posizione diversa rispetto al passato, fatta di decisioni operative, di partecipazione attiva e di rappresentanza forte. Come ha vissuto questo periodo e quali sono stati i momenti che più l'hanno coinvolta professionalmente, istituzionalmente ed emotivamente?

lo credo che ci sarà, alla fine, qualcuno che ricostruirà in modo puntuale come sono andati i primi mesi, perché una delle domande che io mi faccio è quanto era immaginabile che la situazione fosse della gravità che poi abbiamo visto, quando ci sono state le prime avvisaglie? Io a questa domanda non so dare una risposta. Ricordo che, a richiesta di pazienti o persone che mi domandavano se la situazione era grave, soprattutto dopo che furono individuati quei due turisti cinesi che avevano alloggiato in un albergo a Roma, io stesso dicevo che casi autoctoni non ve ne erano: se queste due persone malate erano state isolate e non avevano avuto modo di contagiare altre persone, potevamo stare abbastanza tranquilli. Dico ciò perché credo che questa fosse l'idea generale delle persone che non sono esperte di pandemia. Il mio dubbio è se quelli che sono esperti di pandemia potevano capirne qualcosa di più. Credo che qualche storico andrà ad approfondire la cosa. Direi che i momenti in cui c'è stato un coinvolgimento maggiore evidentemente non sono stati quelli dei primi casi ma subito dopo, quando si è visto dai numeri che la situazione stava esplodendo. La cosa che ci colpì – noi come Ordine – di più nella prima settimana di marzo, fu la richiesta di aiuto dei colleghi che chiedevano semplicemente cosa fare, perché le indicazioni erano molto poco chiare, ma soprattutto ci chiedevano strumenti, chiedeva-

no se e come era possibile dotarsi di DPI come le mascherine, e l'altra preoccupazione era che non si riusciva a fare i tamponi ai malati, venivano fatte richieste per tamponi che non venivano mai eseguiti. Oggi sappiamo che allora c'era la possibilità di fare 200 tamponi al giorno. Per fare un paragone, nel momento in cui i laboratori sono stati tutti attivati si è arrivati a farne 7.500, che verosimilmente sarebbe stato il fabbisogno di allora, forse in numero anche più alto. Allora la cosa che ci colpiva e ci preoccupava era il fatto che avevamo queste richieste dai colleghi e non sapevamo come rispondere perché per noi non era possibile riuscire a fare avere delle mascherine o cercare di fare i tamponi. L'altra cosa che sul momento ci lasciava dubbiosi era il fatto che si fosse scelta la linea – la direttiva regionale era del 26 o del 28 febbraio, quindi parliamo di quando la situazione non era esplosa ma si stava aggravando – di decidere che i pazienti venissero lasciati a casa senza cure, perché in quel momento non avevamo idea di come le cure potessero funzionare, e d'altra parte abbiamo visto che anche dopo sono state proposte molte cure ma nessuna ha dimostrato efficacia verso tutti i pazienti. L'idrossiclorochina funziona in alcuni casi e non si capisce perché non funzioni in altri. Allora però si decise proprio scientemente di lasciare a casa i pazienti e si diceva: se il malato peggiora e sembra che non respiri, chiama il 118 e mandalo in ospedale.



Quello che effettivamente stupisce però è che l'istituzione ordinistica ha sempre avuto un ruolo in campo deontologico e rappresentativo. In questo caso non le sembra che i colleghi si siano rivolti all'istituzione per avere aiuto, come se fosse naturale che il compito dell'Ordine fosse quello di interfacciarsi con loro in una situazione di emergenza come quella della pandemia? Volevo capire se questo aveva destato stupore, sia in lei che nel consiglio.

No, stupore no. Nel senso che, anzi, abbiamo ritenuto che fosse una cosa quasi spontanea: i colleghi facevano richieste e si rivolgevano all'Ordine di appartenenza in maniera naturale, se non anche opportuna. Il nostro dispiacere è stato che quando cercavamo di entrare in contatto con la Regione, con l'unità di crisi e in qualche caso anche con le ASL – perché c'erano problemi legati anche alla gestione da parte delle ASL – trovassimo estrema difficoltà a rappresentare i problemi dei colleghi, e questo era abbastanza frustante. Anche nelle riunioni informali c'erano sempre dei sì che poi non si traducevano in iniziative concrete per i colleghi.



Devo dire che seguendo l'attività dell'Ordine in questi mesi mi sono reso conto che gli interventi sono stati via via più organizzati. La preoccupazione era di offrire un servizio agli iscritti, anche in previsione della Fase 2, che coinvolgesse addirittura delle procedure e delle linee guida per la sicurezza. L'Ordine si è rivolto, mi pare di aver capito, alla sua componente più debole cioè alla componente del territorio, che non ha degli uffici e delle istituzioni preposte per stabilire quali possano essere le procedure di sicurezza. L'Ordine, in particolare nella sua persona, ha avuto una collaborazione con il Politecnico di Torino per cercare di risolvere questo problema e ne sono scaturite delle linee guida. Vuole dirci in parte come sono nati i contenuti di queste linee guida e come avete pensato di fare in modo che siano diffuse e implementate perché i colleghi possano effettivamente lavorare in sicurezza?

Questo nasce da una richiesta di collaborazione da parte del Politecnico, che aveva di sua iniziativa cominciato un lavoro di ricerca e di stesura di suggerimenti per le imprese. Il titolo generale di questo lavoro è "Imprese aperte", ed è stato il primo lavoro che ha messo insieme tutte una serie di competenze per permettere alle industrie di riprendere

Nato questo gruppo di lavoro misto coordinato da Politecnico e Ordine dei Medici, per ogni segmento si è cercato di fare un'analisi molto puntuale con una sorta di flusso, immaginando un paziente che deve recarsi dal medico e disegnando gli spostamenti, i passaggi che deve fare

il lavoro in sicurezza. Successivamente è stata fatta una ricerca per avere linee quida e suggerimenti per la scuola. Poi un terzo lavoro, sempre del Politecnico, sull'attività fisica (quindi palestre, ma anche attività all'aperto); poi il Politecnico ha ritenuto di voler dare un contributo sulla possibilità di riprendere tutte le attività di cura in sicurezza. Per svolgere questo compito ha chiesto la nostra collaborazione: abbiamo costituito un gruppo di lavoro formato da colleghi iscritti all'Ordine di Torino che avessero delle competenze varie: quindi medici di famiglia, direttori di RSA, colleghi che hanno diretto i poliambulatori distrettuali, colleghi che hanno lavorato come specialisti. Abbiamo deciso fin dall'inizio che era opportuno, per l'enorme mole di lavoro richiesta e per il fatto che in realtà ci sono già delle indicazioni precise, dare anche delle indicazioni sugli ospedali. Quindi abbiamo deciso di farlo a livello territoriale mettendoci però dentro anche le RSA che, come si sa, rappresentavano un enorme problema di sicurezza, un punto debole. Nato questo gruppo di lavoro misto coordinato da Politecnico e Ordine dei Medici, per ogni segmento si è cercato di fare un'analisi molto puntuale con una sorta di flusso, immaginando un paziente che deve recarsi dal medico e disegnando gli spostamenti, i passaggi che deve fare: arrivare nello studio del medico, sedersi in sala d'attesa, fare la visita e infine uscire. Per ogni tappa e per ogni passaggio si valutavano tutte le misure necessarie per non rischiare il contagio. Quindi è nato con questa iniziativa e si è poi sviluppato un volume di circa cento pagine che ha delle appendici particolari sui dispositivi di protezione, sulla sanificazione degli ambienti e, cosa non meno importante soprattutto adesso che fa tanto caldo, il problema dell'aerazione dei locali: si possono usare o no i sistemi di refrigerazione? C'è tutta una serie di indicazioni anche su questo. La cosa interessante di guesto sistema però è quello che stiamo facendo adesso: abbiamo pubblicato il materiale e adesso sono al lavoro i così detti "beta tester", che sono una ASL della provincia di Torino che si è offerta di studiare il manuale (quindi dei colleghi che non hanno partecipato alla stesura del documento) e provare materialmente nei loro locali, mi pare abbiano scelto un poliambulatorio e una RSA, se si può mettere in pratica o no coinvolgendo i medici e il personale che ci lavora. So già dalle prime informazioni, per esempio, che gli specialisti ambulatoriali hanno delle ulteriori osservazioni da fare. Per esempio sulle forti differenze che ci sono tra le visite svolte da un otorino e quelle svolte da un cardiologo o da un odontoiatra. In questo modo





metteremo a punto ulteriori dettagli. I colleghi che sperimentano in maniera istituzionale sono aiutati dai tecnici del Politecnico per valutare se ci possono essere delle soluzioni alternative, nel caso che quelle che noi abbiamo descritto in maniera ancora un po' teorica non siano fattibili. È un lavoro che vuole valutare la fattibilità, ma anche la sostenibilità. Torno all'esempio dei condizionatori: se si dovessero cambiare tutti, si può fare? Quanto viene a costare? Se tutti dovessero avere un'infermiera o un OSS che sanifichi tra una visita e l'altra, è possibile farlo o dobbiamo trovare altre soluzioni? Queste sono domande concrete. Nelle RSA è ancora più complicato e le domande sono molto più complesse dei due esempi fatti. Adesso c'è quindi la fase di "beta test", è un lavoro in progress, nel senso che possono essere fatti aggiustamenti e migliorie e penso che tra agosto e settembre ci sarà la prima revisione, una volta fatta una valutazione pratica.



Certamente da questa intervista si comprende che l'Ordine in tutti questi mesi ha modificato molto il suo modo di operare e, come probabilmente tanti altri Ordini professionali, sono stati utili per il lavoro che hanno svolto, quindi bisognerà ragionare su Ordini dei Medici pronti anche a queste situazioni. Come ultima domanda volevo sapere come lei immagina un Ordine che possa essere, con i suoi compiti istituzionali e tradizionali che sono fondamentali, più utile nella professione e ai cittadini e come si possa avere una rappresentanza maggiore, più democratica. Anche perché credo che alla fine di quest'anno ci saranno le elezioni ordinistiche e quindi i colleghi saranno chiamati a decidere, non solo le persone ma anche la loro visione dell'Ordine. Lei cosa ne pensa?

Quello che ci ha fatto un po' cambiare dopo questa esperienza è l'idea che un ambito che abbiamo sempre affrontato - ma facendolo venire dopo l'etica e la deontologia che sono i nostri temi classici - ovvero quello della politica sanitaria, debba probabilmente essere rinforzato e portato avanti

Quello che ci ha fatto un po' cambiare dopo questa esperienza è l'idea che un ambito che abbiamo sempre affrontato – ma facendolo venire dopo l'etica e la deontologia che sono i nostri temi classici – ovvero quello della politica sanitaria, debba probabilmente essere rinforzato e portato avanti. Io mi sono fatto l'idea che le professioni, non solo noi medici, devono assumersi il compito di cominciare a pensare a degli indirizzi di politica sanitaria: cioè riuscire a essere dei buoni consulenti per chi deve amministrare. Un esempio che c'è stato prima del COVID e che adesso abbiamo messo tra parentesi, ma che riprenderemo, è il problema del Parco della Salute. Noi segnalavamo sette dubbi a proposito del Parco della Salute, ma quelli che sono legati al discorso fatto oggi sono il fatto che non ci fosse un rapporto con il territorio, ma che non ci fosse nemmeno un rapporto con la rete ospedaliera già esistente, quindi con gli altri ospedali. Oltre agli altri problemi come la riduzione eccessiva di posti letto ecc. Ecco, io credo che forse questo ragionamento sul Parco della Salute, che magari abbiamo fatto anche in maniera un po' timida, dopo il COVID debba essere esteso a molti altri campi. lo credo che l'Ordine, proprio perché ha la rappresentanza di tutte le nostre professionalità (medici di famiglia, ospedalieri, specialisti, ma anche i medici competenti del settore industriale, un ambito in cui non abbiamo mai investito molto, ma che con la pandemia si è rivelato fondamentale per il monitoraggio della situazione nell'industria), abbia la possibilità, anche se non riconosciuta formalmente, di trovare ascolto presso le istituzioni. L'idea è quella, dal punto di vista di una rappresentatività più ampia e democratica, di rinforzare i nostri gruppi di lavoro e le nostre commissioni. Già adesso abbiamo un numero cospicuo di colleghi che collaborano tra loro – quasi trecento - ma credo che la partecipazione debba ancora crescere. Anche su questo gli strumenti di teleconferenza e di lavoro a distanza possono essere utili per procedere in maniera più efficiente e veloce, sia per accelerare che per moltiplicare la possibilità di scambiare opinioni. In conclusione, servirebbe un Ordine più incisivo sul tessuto politico-amministrativo, cosa che questa pandemia ha reso quasi una necessità, in grado di incidere maggiormente sulle scelte sanitarie di carattere organizzativo. Credo che un organo che possa rappresentare



INTERVISTA A Gianluigi D'Agostino

a cura di redazione Torino Medica

Dottor Gianluigi D'Agostino, presidente CAO OMCeO Torino e Tesoriere nazionale FNOMCeO

25 maggio 2020

L'epidemia di SARS-CoV-2 sta mostrando segni di indebolimento in tutta Europa, anche se in numeri del contagio sono drammaticamente ancora alti. Il risultato pare sia legato al successo, anche se spesso relativo, delle misure di contenimento, del distanziamento tra persone e dell'individuazione di casi infetti, anche asintomatici. La Fase 2 sta proseguendo e i vari settori si stanno organizzando secondo linee guida ministeriali, scientifiche o di categoria, per riprendere, almeno in parte, la loro attività in massima sicurezza o, per meglio dire, con la massima sicurezza possibile. Il nostro sistema è complesso e le attività, da quelle individuali a quelle lavorative e sociali, hanno infinite variabili e situazioni impreviste e imprevedibili, tali da mettere in crisi iniziative di protezione che cerchino di prevenire ogni occasione di contagio. Questo accade nella pandemia attuale di SARS-CoV-2 in cui, nonostante il numero impressionante di contagiati e di morti, la percentuale di popolazione generale infettata resta molto bassa, come ha affermato l'OMS lo scorso 11 marzo. Non dà quindi alcuna garanzia di immunità di gregge. È purtroppo prevedibile che a un allentamento delle misure di contenimento potrebbe corrispondere una ripresa della diffusione della malattia con numeri importanti e con l'aggiunta di una grave difficoltà psicologica per la popolazione al momento di tornare a un eventuale lockdown. Il fenomeno si sta purtroppo verificando in Cina, Corea del Sud e Germania. Le professioni sanitarie sono le più esposte al contagio e, nello stesso tempo, possibili veicoli di infezioni. Tutte si stanno organizzando per poter operare al meglio. Abbiamo intervistato il dott. Luigi D'Agostino, Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'OMCeO della provincia di Torino e Tesoriere nazionale FNOMCeO.



Ci interesserebbe innanzitutto sapere la sua opinione, dal punto di vista privilegiato della sua professione, se anche lei è preoccupato di una ripresa del contagio a fronte di una diminuzione delle regole di contenimento e distanziamento sociale.

Sono sicuramente molto preoccupato dalla Fase 2 e dalla ripresa di un'attività sociale a cui non eravamo più abituati e che, forse, non vede una partecipazione responsabile di tutti come ci aspetteremmo. Il fatto che ci sia il rischio che riprendano i contagi è evidente. È di ieri la notizia di un collega odontoiatra che dopo pochi giorni di lavoro ha avuto dei disturbi, ha fatto un accertamento che ha dimostrato un aumento dell'immunoglobulina M, quindi una grossa possibilità di essere positivo, con interruzione dell'attività e auto-quarantena, e adesso è in attesa che il suo medico riesca a fargli fare il tampone. Questo è l'esempio di come, se si abbassa la guardia in modo scriteriato, l'epidemia possa riprendere



e se ne possa perdere il controllo. E bisogna considerare che il collega aveva attuato tutte le misure indicate per prevenire l'infezione. È quindi per questo che dico che si può veramente perdere il controllo e ripartire con un picco epidemico.



Nella prima fase della pandemia avete più volte lamentato una carenza di direttive per il vostro lavoro che, già anche nella sua normalità, prevede protezioni individuali e procedure per contenere la possibilità di venire in contatto con nebulizzazioni provenienti dai pazienti. Nonostante ciò, in armonia con altri specialisti sanitari, siete stati costretti, per prudenza, a ridurre al massimo la vostra attività. Alla fine della Fase 1 com'era la situazione negli studi professionali?

Nella prima fase della pandemia ci siamo trovati in una situazione particolare, perché in quanto struttura sanitaria non c'è stata nessuna ordinanza, né decreto del Primo Ministro, che prevedesse la nostra chiusura in quanto eravamo considerati "strutture assistenziali". È evidente che la nostra professione per le proprie caratteristiche ci avrebbe esposto, e avrebbe esposto i cittadini, a un rischio di contagio decisamente maggiore, quindi l'interpretazione che è stata data dalla Commissione Albo Nazionale Odontoiatri e che noi abbiamo riportato sul territorio è stata quella di ridurre la propria attività alle urgenze indifferibili con molta cautela e molta attenzione, per evitare da un lato il movimentare i cittadini che sarebbero entrati nei nostri studi e dall'altro di sottoporli a rischi non giustificati, a meno che si fosse in una condizione di assoluta necessità.



Con il progredire della Fase 2, com'è la situazione degli studi dentistici in Piemonte? L'attività sta riprendendo? Quali sono le difficoltà che lei ravvisa e quali richieste ponete all'autorità sanitaria?

Come sappiamo il coronavirus è un virus facilmente aggredibile, ma ad altissima contagiosità. Il fatto che sia facilmente aggredibile ci permette di disinfettare e sanare la zona operativa, utilizzando prodotti che normalmente sono nello studio di chiunque

La situazione degli studi dentistici in Piemonte, in questa Fase 2, è una situazione di grande prudenza. Bisogna dire che a livello nazionale noi ci siamo già mossi, subito dopo metà marzo, per riuscire ad arrivare a delle indicazioni da trasmettere ai colleghi in periferia. È stata creata una commissione scientifica che oltre a noi rappresentanti della CAO ha visto la presenza di virologi, microbiologi, medici legali, laureati in chimica e fisica, medici competenti. Si è creata quindi una commissione molto ampia con specialità diverse per arrivare a dare queste indicazioni che sono state poi trasmesse al Ministero, dove c'era un tavolo diretto dal prof. Gherlone e poi direttamente al comitato tecnico-scientifico che ha validato queste indicazioni. Queste indicazioni sono quelle che oggi regolano la nostra attività in Piemonte, un'attività che ha ripreso in modo prudente. Sicuramente abbiamo delle grandissime difficoltà legate all'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale con le caratteristiche idonee a preservare noi, il nostro personale dello studio e il paziente da un'infezione crociata. Sono molto difficili da reperire e hanno raggiunto costi che sono praticamente decuplicati rispetto al periodo pre-pandemia.

Può descrivere le principali procedure che sono raccomandate ai suoi colleghi odontoiatri per poter operare in sicurezza nella Fase 2 e per il futuro? Quali sono quelle che eventualmente ritiene più complicate da porre in atto e far rispettare?

Le principali procedure che sono raccomandate per i colleghi odontoiatri iniziano già nella fase in cui il paziente prende appuntamento: è consigliato di fare un triage telefonico che permette di chiarire se ci sono le condizioni di possibile infezione da COVID, se tutto risulta nella norma (cioè il paziente non ha febbre, non ha avuto contatti stretti con malati, non ha presentato sintomi che possono essere in qualche modo legati a un'infezione da coronavirus) il paziente accede allo studio. Nel momento in cui entra in studio gli viene misurata la temperatura, che non deve essere superiore ai 37.5°; a quel punto gli si ri-

propone il questionario che gli era stato proposto al momento dell'appuntamento e si fa controfirmare per avere la garanzia delle dichiarazioni del paziente. Per guanto riguarda l'accesso alla sala d'attesa, abbiamo organizzato gli studi in modo che sia ridotto al minimo, quindi in linea di massima si ha un solo paziente per volta in sala d'attesa e, nel caso ce ne fossero due, vengono mantenute le distanze di sicurezza, sempre indossando la mascherina. Il paziente viene poi accompagnato nella zona operativa, la mascherina viene rimossa nel momento in cui si siede alla poltrona e a questo punto il paziente si trova difronte il dentista e l'assistente che sono mascherati. Per quanto riguarda l'impressione che il paziente può avere, noi indossiamo un copricapo monouso, una visiera, una mascherina FFP2, un camice in TNT idrorepellente monouso e indossiamo o dei calzari monouso o delle scarpe disinfettabili. A quel punto si svolge la seduta, alcuni di noi più prudenti hanno anche messo in atto altri tipi di protezione attraverso spray che vengono erogati. In ogni caso tra un paziente e un altro è sempre previsto che ci sia un'areazione dell'ambiente di almeno 10-15 minuti e la disinfezione, com'è ovvio che sia. Per quanto riguarda la disinfezione bisogna dire che gli studi odontoiatrici da sempre sono abituati ad affrontare infezioni considerevoli, con dei virus molto importanti e molto resistenti. Penso ai virus di AIDS ed epatite C. Come sappiamo il coronavirus è un virus facilmente aggredibile, ma ad altissima contagiosità. Il fatto che sia facilmente aggredibile ci permette di disinfettare e sanare la zona operativa, utilizzando prodotti che normalmente sono nello studio di chiunque: parliamo di acqua ossigenata allo 0,5%, di ipoclorito allo 0,1% e di alcol al di sopra del 70% di etanolo. È molto complicato il processo di vestizione e svestizione da parte di operatore e assistente, perché è il momento critico in cui bisogna fare attenzione a cosa si tocca ed evitare assolutamente qualunque contatto con le mucose, quindi dalla rimozione dei guanti al lavaggio delle mani fatto prima e dopo, e in più tutto l'abbigliamento che indossiamo è decisamente importante come rialzo della temperatura. Non è facile riuscire a lavorare diverse ore indossando una mascherina, che in pratica ti porta quasi a respirare la tua anidride carbonica, e con un peso d'abbigliamento che con la bella stagione potrebbe diventare insopportabile oltre un certo numero di ore di lavoro.



Ogni collega con la propria coscienza si impegnerà, come abbiamo sempre fatto, a fornire le prestazioni a chi disgraziatamente si trova in un momento di difficoltà, con la giusta attenzione Un'ultima domanda dott. D'Agostino, diciamo di tipo sociale. La pandemia ha colpito vaste fasce di cittadini, mettendo a rischio lavoro e redditi. Perché la pandemia non annoveri in una delle code lunghe del suo passaggio, per un impoverimento generalizzato, anche un aggravamento delle patologie odontoiatriche per carenza di prevenzione, diagnosi e cura, i dentisti stanno valutando iniziative per venire incontro alle difficoltà economiche diffuse nella popolazione?

La domanda di tipo sociale ha senso, in quanto siamo in una situazione economica di assoluta emergenza. All'emergenza pandemia ne seque una economica di cui non riusciamo neanche a immaginare le consequenze. In un primo momento si era pensato, a livello di associazioni e di categoria, di poter contenere i costi rispetto al periodo precedente la pandemia, ma poi ci si è scontrati con l'evidenza di un aumento sconsiderato delle spese che dobbiamo affrontare per garantire la sicurezza nostra e del paziente. Quindi lei consideri che noi possiamo vedere in linea di massima un paziente ogni ora, quindi abbiamo un rallentamento enorme nell'affluenza al nostro studio per evitare che si creino situazioni critiche. Abbiamo un enorme incremento di tutto il materiale monouso, per cui affrontare questa crisi pensando alle iniziative che si possono prendere per venire incontro a chi ha delle difficoltà economiche crediamo che sia nella coscienza di ogni collega come dopotutto è sempre stato. Oltre agli enti benefici che a Torino, rispetto a tutte le altre realtà in Italia, hanno creato una rete di cui anche l'Ordine fa parte, proprio per avere un'attenzione verso i fragili sociali, ogni collega con la propria coscienza si impegnerà, come abbiamo sempre fatto, a fornire le prestazioni a chi disgraziatamente si trova in un momento di difficoltà, con la giusta attenzione.





INTERVISTA A Guido Regis

a cura di redazione Torino Medica

Dottor Guido Regis, vicepresidente OMCeO Torino

6 giugno 2020



Il periodo dell'emergenza COVID ha evidenziato alcune criticità organizzative e dei vuoti metodologici soprattutto in alcuni settori professionali. In questi mesi dall'inizio della pandemia, ad esempio, si è parlato spesso dei professionisti sanitari coinvolti nell'emergenza. Tra questi i tecnici di radiologia e i medici radiologi sono forse alcune delle figure maggiormente esposte al rischio biologico. Secondo lei c'è stata un'adeguata preparazione e un'altrettanta adeguata protezione? Come ha vissuto questo periodo?

Medici e tecnici radiologi hanno subìto sostanzialmente le stesse carenze ben documentate da tutti gli operatori sanitari, quindi sono stati più o meno esposti al rischio di contrarre COVID-19 nella misura in cui la loro attività li poneva e li pone a più stretto contatto con i pazienti. La situazione anche in questa specialità è estremamente variabile, ad esempio gli esami ecografici in emergenza, gli ambulatoriali e le attività interventistiche sono sicuramente quelle a maggior rischio per il medico radiologo. Tutta la radiologia tradizionale lo è per i tecnici di radiologia. Anche gli esami TC e RM comportano un rischio per il tecnico di radiologia, ma la possibilità di mantenere una distanza dal paziente è più agevole e il minor numero di esami per unità di tempo rispetto agli esami radiologici fa sì che per una pura questione matematica li renda meno pericolosi. Il ritardo nelle forniture di DPI e il contingentamento degli stessi ha acuito il rischio, un po' meno forse i ritardi, gli errori e l'incapacità di organizzare protocolli e percorsi, anche clinici, invece hanno influito molto nel diffondersi della pandemia, non solo in Italia. Ora siamo certamente più organizzati e forniti, questo ci porrà in una condizione globale di minor rischio qualora si presentasse una seconda ondata. Stupiscono certamente alcune situazioni, ad esempio nell'epoca dello smart working una specializzazione quale radiologia, che vive direi ormai costantemente della trasmissione via rete delle immagini, non abbia suggerito in modo rapido l'organizzazione di semplici protocolli che prevedessero che i medici radiologi impegnati nella refertazione di esami radiologici e anche RM e TC, che di fatto sono eseguiti dai tecnici di radiologia, fossero messi nelle condizioni di ricevere immagini al proprio domicilio e refertare a distanza.

Per quanto riguarda il mio vissuto personale è qualcosa, ovviamente, di molto soggettivo. Io non ho avuto molta paura, onestamente. Ho lavorato e vissuto con una discreta serenità il tutto, soprattutto in ospedale dove – per quanto i tempi delle prestazioni si siano allungati e soprattutto quando si doveva lavorare protetti ci si è trovati in maggiore disagio – la forte riduzione di quegli accessi impropri che purtroppo ora stanno riprendendo ha reso tutto più semplice. Diciamo che le maggiori tensioni e il maggiori carico di lavoro l'ho riscontrato nell'attività ordinistica. Ci siamo fatti carico di provare a contribuire a lenire la carenza del sistema, cosa non semplice nel nostro ruolo che è privo di potere esecutivo nell'ambito dell'organizzazione sanitaria. Questo ha determinato un incremento notevole e pesante degli incontri in videoconferenza, dello studio, della valutazione di dati, della produzione di documenti con proposte di azione rivolte a tutte le autorità e anche ai media. Ed è stato molto più pesante notare che in diverse occasioni si è osservata l'incapacità e talvolta la mancanza di volontà, da parte delle autorità, di mettere

in atto tutto ciò che era buono e utile per la collettività, tutto quello che avevamo indicato di fare. Questo però è un problema cronico pre-COVID e devo dire che paradossalmente in questo periodo siamo stati ascoltati perfino di più, poco, ma comunque più di prima.



Il CTO è un grande ospedale specialistico. Come sono state affrontate le emergenze, soprattutto traumatologiche, nel momento peggiore della crisi? E come ci si prepara per il futuro?

Il CTO ha garantito assolutamente tutta l'attività di emergenza di sua pertinenza, non solo quella traumatologica che inevitabilmente si era ridotta, ma anche oncologica, degenerativa, aspetti acuti e via dicendo. Sono state allestite delle aree COVID tutto sommato in fretta e direi che, indipendentemente dalle procedure scritte e dai protocolli, tutto ha funzionato abbastanza bene. Questo però grazie alle professionalità presenti nel nostro ospedale. lo l'ho spiegato e documentato alcuni anni fa in una relazione che mi era stata affidata durante gli Stati Generali della Professione Medica a Rimini, quando ho dovuto fare una relazione proprio in sostituzione del prof. Brusaferro: in questa relazione è documentato che la leadership medica salta fuori proprio durante le emergenze. Le professionalità saltano fuori. Questo è avvenuto anche qui in questa occasione, quindi tutto ha funzionato abbastanza bene, ma soprattutto perché appunto ci sono delle professionalità magari non note, ma che sono in grado di affrontare queste situazioni di emergenza grazie alle loro capacità. Quindi non è solo il sistema che funziona, anzi spesso il sistema non aiuta a funzionare, mentre le professioni e le professionalità capaci sopperiscono alle carenze del sistema. Diciamo che per il futuro faccio una battuta che tale non è: i problemi sorgono e sorgeranno quando finita l'emergenza alcuni leader nominati, non per le loro capacità ma per altro, riprenderanno in mano la situazione organizzando ciò che non sono all'altezza di organizzare. E questo è un problema cronico, non solo italiano ci si deve adattare.



Le limitazioni prolungate all'attività sportiva, collegate all'emergenza COVID, hanno rappresentato un grave rischio per la salute? E con quali conseguenze per il servizio sanitario nazionale? Cosa ci insegna oggi l'esperienza COVID? Nel caso di una seconda ondata che cosa dovremmo cambiare?

Gran parte degli sport individuali, anche e soprattutto all'aperto, potevano essere consentiti anche durante il lockdown Allora proprio su questo argomento io e il prof. Ganzit, direttore della ricerca dell'Istituto di medicina dello sport, abbiamo prodotto una comunicazione scientifica pubblicata in tempi record, a fine aprile, da Il Pensiero Scientifico editore, sulla rivista "Recenti progressi in medicina". Il lavoro è stato poi consegnato sia all'Istituto Superiore di Sanità, sia al Ministero, ad alcune analoghe autorità locali, ad alcune federazioni sportive – cito Binaghi per il tennis ad esempio – e infine ci è stato chiesto proprio dal Politecnico di Torino per redigere alcune norme di comportamento nello svolgere attività sportiva. Dunque nel lavoro noi abbiamo fatto sostanzialmente prima una revisione della letteratura, sia sui noti benefici generali dell'attività sportiva per la salute, sia sui danni provocati a livello psico-fisico dalle lunghe limitazioni all'attività motoria imposte ai cittadini in pregresse situazioni come la SARS o ebola. Ed è emerso ancora una volta in modo chiaro che non fare attività fisica per lungo tempo produce danni alla salute, quindi un maggior carico al sistema sanitario. Poi abbiamo preso in considerazione gli studi presentati fino a quel momento su quelle che sono le reali modalità di trasmissione più frequenti del virus che provoca la COVID-19, vale a dire quella respiratoria, e come questa potesse influire o meno nella diffusione del contagio durante l'attività sportiva. Il risultato è stato inequivocabile: gran parte degli sport individuali, anche e soprattutto all'aperto, potevano essere consentiti anche durante il lockdown. Il problema sostanzialmente è stato quello di evitare che con la motivazione, legittima e corretta, dell'attività sportiva, molte persone si trovassero poi nella condizione di incontrarsi, in particolare nei parchi pubblici o nelle strutture in cui si esercitano questi sport. In quel momento si era probabilmente impreparati a gestire la situazione. In realtà sarebbe stato sufficiente adottare una tempestiva e adeguata informazione e vigilanza, aumentando il distanziamento sociale



oltre i 2 metri nel momento in cui si incontrano altre persone, per esempio mentre si fa jogging, portandolo sino a oltre 3 metri se si corre in scia rispetto a un altro runner e a oltre 10 metri se si pedala dietro a un altro biker – ovviamente cercando quanto prima di uscire dalla scia – per ovviare anche alla chiusura dei parchi pubblici. Queste sono informazioni che sto spiegando in maniera generale, ma nascono dalla valutazione di questi lavori: sono dimostrate. È chiaro che era difficile, probabilmente in quel momento di smarrimento e di preoccupazione per una serie di questioni certamente più gravi, come i ricoveri, l'intasamento delle terapie intensive, i decessi così sempre più frequenti, hanno fatto sì che non si trovasse il tempo per organizzare questo tipo di informazione per la cittadinanza.

Se poi a questo si aggiunge il fatto che sarebbe stato opportuno, e adesso lo si è quasi raggiunto come obiettivo, porre l'obbligo di mascherine per tutti quelli che non fanno sport, anche per le passeggiate all'aperto, da indossare eventualmente in modo tempestivo nel momento in cui si incontrano altre persone, il rischio è quasi zero per quanto riguarda il contagio nell'esercitare uno sport individuale. Continua a essere basso di per sé anche nel momento in cui l'attività sportiva viene svolta in un luogo all'aperto e frequentato. È basso per sé stessi come per chi si incontra.

Nonostante il lavoro sia stato pubblicato a fine aprile, il recepimento completo di quanto noi avevamo scritto da parte dei vari comitati tecnico-scientifici e dai decisori politici lo si è visto poi a fine maggio. Quello che io sto dicendo adesso, come potete notare, sembra quasi banale. Adesso è così, ma si poteva fare un pochino prima. Meglio tardi che mai. Per il futuro, anche in questo, saremo tutti più preparati. Voglio sperare che nella, mi auguro remota, possibilità della seconda ondata o, peggio, al presentarsi di una nuova pandemia con analoghe caratteristiche, nessuno pensi nuovamente di limitare gli sport individuali, soprattutto all'aperto, ma che vengano adottate tutte le precauzioni e soprattutto i percorsi informativi e di vigilanza che abbiamo spiegato.



Sui sistemi sanitari e sulla riorganizzazione, secondo lei, che cosa ci portiamo dietro da questa esperienza COVID? E quali possono essere le prospettive individuabili per il futuro?

L'impreparazione a questo evento straordinario è stata determinata da molti fattori. In questi mesi sono venuti abbastanza correttamente alla luce, anche da parte dei media. È assodato che la riorganizzazione dei sistemi territoriali ospedalieri, voluta e portata avanti da quasi tutti i sistemi sanitari regionali, ma in particolare in Lombardia e in Piemonte, sulla falsa riga del sistema americano e di pochi altri sistemi europei, sia stata fallimentare. Dove non si è operato in questo modo, come per esempio in Germania, la situazione è stata tenuta sotto controllo molto meglio. E il nostro Ordine denuncia da anni gli errori e indica da anni la strada giusta senza venire mai ascoltato, fino a oggi. La Sanità non può e non deve essere governata con logiche di profitto questo è il punto fondamentale. Il privato, soprattutto se è commisto al pubblico e pertanto finanziato in parte da fondi regionali, è sostanzialmente un pericolo. A maggior ragione se nell'amministrazione pubblica a governare i flussi e i budget rivolti al privato vengono nominati professionisti e funzionari non all'altezza o poco capaci di costruire dei meccanismi virtuosi di valutazione, monitoraggio, in termini di pertinenza e costi delle prestazioni. Ho detto flussi e budget verso il privato, intendo anche flussi del budget pubblico. Comunque una Sanità quasi esclusivamente privata è ancora peggio di quella privata convenzionata: gli USA ne sono il più lampante esempio. Magari però se strutturata con una visione diversa di sistema assicurativo potrebbe essere concepita, ma credo che il sistema pubblico sia quello che funziona meglio in assoluto se aiutato a funzionare bene. Credo che nessuno dovrebbe più permettersi di affermare il contrario, però ho dei sani dubbi che questo avvenga. Direi che è diventato finalmente ovvio che la Sanità territoriale deve essere la prima a essere potenziata e rivista, bisogna mettere i servizi territoriali nelle condizioni di fare completamente bene il loro lavoro: in primis finanziandoli adequatamente, organizzandoli in modo efficace, avendo tutti il coraggio di selezionare in modo corretto i medici che decidono di dedicarsi a questo settore e i loro dirigenti. Probabilmente sto dicendo qualcosa di fastidioso e impopolare, ma non si può fare di tutta l'erba un fascio: abbiamo sentito per anni attacchi alla professione medica, indegni e pretestuosi, per dei fatti che non avevano nulla di grave né scandaloso. Poi improvvisamente in periodo COVID tutti i medici sono diventati eroi. La realtà è ben diversa da come veniva e da come viene disegnata: tra i medici, come in tutte le professioni, ci sono pre-COVID, durante e post-COVID tante donne e uomini diligenti, capaci, impegnati, secondo quella che è la deontologia, a svolgere adeguatamente la loro professione, che in parte continua a essere anche nei tempi moderni una missione.



INTERVISTA A Chiara Rivetti

a cura di redazione Torino Medica

Dottoressa Chiara Rivetti, tesoriere OMCeO Torino e segretario regionale piemontese del Sindacato dei medici ospedalieri ANAAO

30 aprile 2020

La gestione della pandemia di COVID-19 ha visto impegnati due fronti: quello ospedaliero e quello territoriale. Ci siamo abituati a vedere immagini di sanitari provati, senza mezzi e protezione, che lavoravano in condizioni disperate. Tentativi di riorganizzazione ospedaliera con la dilatazione dei posti letto in terapia intensiva e i reparti di ricovero dedicati, che hanno sfruttato ogni spazio possibile, facendo nascere anche ospedali da campo e tende di pre-triage che ci hanno riportato sempre di più in un clima di guerra e di linea del Piave. Una difesa disperata con tanti, troppi morti tra cittadini e operatori che in due mesi ha mutato il suo aspetto esteriore mentre la curva dei contagi, grazie anche agli obblighi di contenzione, distanziamento sociale e protezione personale, via via si sta appiattendo. Abbiamo sentito la dottoressa Chiara Rivetti, segretario regionale dell'ANAAO del Piemonte, perché ci chiarisse la situazione del fronte ospedaliero dopo i giorni disperati di marzo e aprile.



Com'è la situazione attuale negli ospedali del Piemonte, per quello che riguarda le protezioni personali, i tamponi per i sanitari e le procedure interne per proteggere i cittadini non-COVID e isolare gli infetti?

Riguardo alla situazione attuale negli ospedali del Piemonte dobbiamo dire che registriamo una sostanziale uniformità di situazioni nei vari presidi ospedalieri. Per quanto riguarda le protezioni personali e quindi la distribuzione di DPI è migliorata rispetto a quello che abbiamo registrato nelle prime settimane dell'epidemia. Sicuramente ci sono più maschere filtranti nei reparti COVID e più maschere chirurgiche negli altri reparti. A nostro avviso rimane la criticità dell'uso delle maschere chirurgiche, perché sono necessarie maschere filtranti sia nei reparti COVID sia nei reparti non-COVID, in quanto non si può escludere a priori che un paziente sia certamente non portatore del Coronavirus, quindi è indispensabile proteggere al massimo gli operatori sanitari. Questo inizialmente non è stato fatto e ne è testimonianza l'alto numero di tamponi positivi tra i medici e di medici ospedalieri ricoverati per complicanze respiratorie da COVID-19. Adesso la situazione dei dispositivi di protezione va un po' meglio, anche se permangono comunque delle criticità a macchia di leopardo in alcuni presidi dove il numero di mascherine distribuite non è sufficiente: quindi il tempo di utilizzo è prolungato rispetto a quello che sarebbe prescritto. Per quel che riguarda i tamponi, nelle ultime settimane è migliorata l'esecuzione dei tamponi ai sanitari sintomatici e ai contatti stretti di pazienti COVID positivi avvenuti senza gli adeguati dispositivi di protezione. I sanitari vengono presi in carico dal medico competente e viene eseguito il tampone; è un po' più critica la presa in carico sul territorio dei sanitari che hanno sintomi a domicilio,



quindi devono essere presi in carico dal SISP. Anche sotto questo punto di vista, fortunatamente con il passare delle settimane l'organizzazione è un po' migliorata, quindi si stanno facendo con una minore latenza i tamponi ai sanitari. Infine le procedure per separare le zone "pulite" dalle zone "sporche" purtroppo rimangono non soddisfacenti, nel senso che in molti presidi ospedalieri nel Piemonte è difficile separare le aree COVID dalle aree non-COVID e c'è il rischio di contaminare quelle che dovrebbero essere aree pulite. Quindi diciamo che, sostanzialmente, la situazione è di sicuro in miglioramento rispetto alle gravi criticità che registravamo all'inizio di marzo, ma rimangono tuttavia delle situazioni irrisolte, sia dal punto di vista dei DPI, che dei tamponi, che della separazione netta tra percorsi puliti e percorsi sporchi all'interno degli ospedali.



Da quasi venti giorni assistiamo a un continuo calo dei ricoveri in ospedale e in terapia intensiva, mentre il numero degli infetti e dei morti non diminuisce altrettanto drasticamente, almeno in Piemonte, pur avendo raggiunto da tempo il suo massimo. Alla Città della Salute di Torino cominciano a chiudere i primi reparti COVID. Siccome non sembra che la COVID-19 sia cambiata dall'inizio della pandemia né in infettività, né in pericolosità, è mutato l'approccio? Avete più filtro dal territorio? Qual è la sua valutazione?

Effettivamente negli ultimi giorni, negli ospedali, si registra una relativa minore pressione sui ricoveri per acuti. Alcune rianimazioni stanno chiudendo, alcuni reparti COVID stanno tornando a reparti puliti, cioè dedicati ai pazienti COVID-negativi. Non escludo che questo sia legato a una maggiore e più efficiente presa in carico dei pazienti a livello territoriale



ma, a mio parere, la mancata riduzione della curva dei contagi e di quella dei decessi proporzionale a quello che si evidenzia con la riduzione dei ricoveri ospedalieri è fondamentalmente dovuta a un aumento dei tamponi e quindi a una migliore fotografia dell'effettiva diffusione del contagio sul territorio. Negli ultimi giorni stiamo facendo circa dieci volte i tamponi che si facevano all'inizio: quindi è verosimile che all'inizio di marzo i contagi fossero molti di più, che i decessi per COVID fossero di più, ma semplicemente che non fossero etichettati come COVID perché non avevamo sufficienti tamponi per riuscire a identificare tutti i casi. Quindi la curva adesso non sta scendendo, anche perché avrebbe dovuto partire da livelli ben più alti di quelli che effettivamente sono stati registrati.



Per i pazienti ricoverati in tutto il Piemonte, quali schemi terapeutici, tra quelli segnalati da AIFA, sono i più usati? E state in qualche modo registrando in maniera organizzata i risultati o gli insuccessi ottenuti?

Sicuramente i farmaci più utilizzati per i pazienti COVID-positivi sono l'idrossiclorochina e l'eparina a basso peso molecolare. In alcuni ospedali sono stati stilati dei protocolli interni, aziendali, che prevedono anche l'utilizzo del lopinavir e del ritonavir. Differente è poi il discorso per il tocilizumab, che richiede la registrazione sulla piattaforma AIFA. Per quel che riguarda l'efficacia è difficile adesso esprimersi in merito e per quel che è di mia conoscenza, in questo momento, non c'è una sistemica raccolta dei dati sugli effetti collaterali e l'efficacia di questi farmaci in tutti i presidi ospedalieri del Piemonte.



I pazienti deceduti hanno caratteristiche di sesso, età e comorbilità abbastanza note per il momento. Per quanto riguarda i pazienti più giovani e per i sanitari, secondo lei, quanto ha giocato il meccanismo delle infezioni nosocomiali che vedono tra le cause la selezione locale e l'alta concentrazione di virus, specie in certi ambienti ospedalieri – penso alle terapie intensive stesse e ai reparti per sub-acuti?

Per quel che riguarda le infezioni da COVID e i ricoveri dei medici ospedalieri legati a complicanze respiratorie da COVID possiamo parlare di rischio biologico legato a una ridotta tutela della salute dei lavoratori. Come sindacato abbiamo denunciato fortemente, soprattutto nelle prime settimane dell'epidemia, la mancanza di dispositivi di protezione adeguati. I livelli di rischio erano diversi: mancavano le maschere filtranti soprattutto nei reparti COVID, nei reparti non-COVID i sanitari sono stati esposti a pazienti inizialmente ricoverati per altre patologie che dopo qualche giorno si sono rivelati invece portatori del virus, che sono stati visitati senza le adeguate protezioni, e che di conseguenza hanno esposto tutti i sanitari e anche gli altri pazienti ricoverati nella stessa stanza al rischio di infezione. Ci auguriamo che questo ci insegni, nella Fase 2, a gestire in modo differente i pazienti: è necessario che tutti i sanitari abbiano delle maschere filtranti, sia che lavorino nei reparti non-COVID che nei reparti COVID. Dobbiamo effettivamente dire che nelle ultime settimane la fornitura di maschere è migliorata, anche se il problema dei "reparti puliti" rimane, perché in questi reparti si continuano a usare delle mascherine spesso riutilizzate per giorni, cosa che non sarebbe assolutamente consigliata.



Dottoressa Rivetti, a due mesi dall'inizio della pandemia in Piemonte e in Italia, il sistema ha potenziato i posti letto per i dimessi, i ricoverati e quelli di terapia intensiva. Cercando, affannosamente e disordinatamente, di recuperare uno svantaggio provocato da anni di tagli a personale e strutture.

Lei pensa che sia corretto dilatare senza una programmazione precisa il numero dei posti letto usufruendo anche di strutture che, a parte la loro modernità, funzionalità e rapidità di costruzione, non riescono a non evocare gli storici



lazzaretti dove le necessità del singolo sono superate e trascurate per quelle della malattia e dell'emergenza? Mi riferisco ai padiglioni delle OGR, con divisori bassi e camerate sostanzialmente multiple e aperte, con letti affiancati, senza nessuna privacy e rispetto per il singolo e i suoi bisogni, anche nella sofferenza e nella morte?

La Regione Piemonte ha affrontato l'epidemia da COVID-19 con un sistema sanitario regionale in difficoltà, perché usciva da un piano di rientro che negli ultimi dieci anni aveva causato un taglio di 1500 posti letto, ridotto il personale medico e ospedaliero di 550 unità e chiuso e accorpato delle strutture. Quindi, all'inizio di marzo, i posti letto per i primi pazienti COVID nelle rianimazioni erano poco oltre i 250. In questi mesi, per riuscire ad affrontare tutte le necessità, sono stati più che raddoppiati. Certamente era difficile capire l'evoluzione della curva epidemica, quindi pensare a dei grandi spazi dove poter ricoverare in terapia intensiva e sub-intensiva i pazienti affetti da COVID non era un'idea sbagliata, perché a priori non potevamo sapere con precisione se sarebbe stato efficace o meno il lockdown. Diciamo che la cosa che ci ha lasciati un po' perplessi non è tanto aver pensato alle OGR, quanto all'apertura che è avvenuta poi solo ad aprile, quando la situazione era già meno drammatica, e il fatto che nelle OGR si preveda poi il ricovero di pazienti relativamente stabilizzati che hanno necessità di bassi flussi di ossigeno e di terapie infusionali non impegnative. Quindi diciamo che è vero che questo tipo di soluzioni sono disumanizzanti, tuttavia a inizio marzo non era sbagliato valutarle per evitare la situazione che si è venuta a creare in Lombardia, dove dei malati, purtroppo, sono stati abbandonati e sono morti nel loro domicilio senza ossigeno, senza terapie palliative, e quindi era giusto pensare a un ricovero ospedaliero così da riuscire a dare un supporto clinico e sanitario.



Ha suggerimenti per organizzare il contrasto alla pandemia sia per il presente, che per la Fase 2, che per la possibile seconda ondata nel prossimo autunno-inverno?

Per affrontare con maggiore tranquillità la Fase 2 è poi importante investire sul territorio [...] fare tesoro dell'esperienza e degli errori che abbiamo fatto nella Fase 1

Per evitare che il 4 maggio, con la progressiva apertura delle attività, la Fase 2 non coincida con un picco 2, a nostro parere è indispensabile per prima cosa fornire sia agli ospedali che ai lavoratori, quindi alla popolazione, degli adeguati dispositivi di protezione. Dunque è necessario che tutta la popolazione sia rifornita di mascherine chirurgiche e che i sanitari possano avere delle mascherine filtranti per evitare che proprio gli ospedali si trasformino poi in luoghi di contagio. È poi necessario riuscire a individuare i sintomatici, fare loro i tamponi, riuscire a ricostruire la loro rete di contatti ed eseguire i tamponi anche ai contatti dei sintomatici. Risulta a questo punto indispensabile che i pazienti con tampone positivo vengano isolati non necessariamente in famiglia, perché la Fase 1 ci ha insegnato che in alcuni contesti questo favorisce la diffusione del virus all'interno dei nuclei familiari. È quindi indispensabile prevedere delle soluzioni di isolamento alternative come, per esempio, gli alberghi. Per affrontare con maggiore tranquillità la Fase 2 è poi importante investire sul territorio: quindi potenziare i SISP, attivare le USCA che di fatto nell'ultima settimana sono state avviate in tutto il territorio piemontese, anche se ancora con qualche carenza di personale e apertura per tutto l'orario a macchia di leopardo; però ci sono ed è indispensabile che tutte queste attivazioni funzionino, quindi che la rete di informazioni e di controllo che deve essere presente sul territorio sia efficiente. Da ultimo sarà poi importante definire le RSA per pazienti COVID: sarà necessario capire il destino degli ospedali quando la diffusione del contagio sarà contenuta, quindi quando i posti in rianimazione per pazienti COVID saranno in numero minore, a questo punto sarà importante capire se riservare degli ospedali a pazienti COVID positivi o continuare come adesso con una gestione mista. In sintesi sarà indispensabile, per affrontare la Fase 2, fare tesoro dell'esperienza e degli errori che abbiamo fatto nella Fase 1.



INTERVISTA A

Giovanni Di Perri

a cura di redazione Torino Medica

Professor Giovanni Di Perri, docente dell'Università e Direttore della struttura malattie infettive dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino e membro della task force della Regione Piemonte

16 giugno 2020

3

Da qualche settimana la pandemia sembra diminuire, sembra essere meno aggressiva e la situazione sembra sotto controllo. In realtà vi sono molti punti ancora oscuri e di difficile interpretazione.

La sua posizione nella task force le permette di avere una visione generale praticamente fin dall'inizio della pandemia, quando il caos iniziale e la poca conoscenza dell'avversario che ci colpiva ha fatto prendere delle decisioni di gestione per cui tutti i malati venivano estradati in ospedale al comparire dei sintomi. Dopo tutti questi mesi si è visto che la vostra task force si è orientata per una gestione più territoriale della patologia. Lei pensa che il modello territoriale, che intercetta il virus attraverso la medicina primaria, sia il nodo di una soluzione per questo momento e per il futuro?

La risposta è sì. Premetto che la mia visuale cosiddetta interna alla task force e privilegiata parte da dopo Pasqua, perché prima io non ero entrato in commissioni o gruppi che si occupavano di gestire l'epidemia. Devo dire che la domanda è pertinente, presuppone un livello di esercizio ottimale. Mi spiego: tutta l'Italia, con l'eccezione del Veneto, ha avuto un atteggiamento nel cosiddetto girone di andata piuttosto passivo, cioè basato tra l'altro sulla diagnosi da riservare ai casi sintomatici. Questo ha prodotto determinati risultati, non tutti da buttare (noi rispetto alla Lombardia abbiamo avuto una crisi di disponibilità di letti di terapia intensiva molto meno profonda e più transitoria). Diciamo che adesso il discorso territoriale permetterebbe una gestione molto più aggressiva. Siamo passati da una gestione passiva a una attiva che comprende alcuni fondamentali cambiamenti. Il primo è di ordine attitudinale: sappiamo oggi, al di là di tutto il balbettio che ha preceduto e seguito le dichiarazioni dell'OMS, che l'infezione ha un'importante trasmissibilità da parte degli asintomatici. Una volta stabilito questo e identificato un caso, lo si deve interrogare quanto prima sui suoi conviventi e sui suoi contatti critici e immediatamente passare allo screening, cioè l'effettuazione del tampone, a questi contatti a prescindere dalla loro condizione clinica, perché il fatto di essere asintomatici li rende anzi socialmente più attivi e maggiormente in grado di andare in giro a contagiare. È chiaro che se – dal momento in cui segnaliamo un caso nuovo e dobbiamo andare a interrogarlo per i contatti – trascorrono tre giorni, ecco che perdiamo tanti treni. Occorre, come viene fatto adesso, attivare immediatamente il contact tracing, cioè andare a effettuare i tamponi ai contatti per poi eventualmente isolarli, poi i contatti dei contatti se ci sono dei positivi, fino a che non si esaurisce questa arborizzazione che nasce da un singolo caso: a quel punto consideriamo il focolaio estinto. Questo tipo di attività ci permette di capillarizzare l'azione



e di non pretendere un lockdown se dovesse risalire la curva, ovviamente entro certi limiti. L'esempio che posso fare di un Paese che fin da subito ha messo in campo questa attività è quello della Corea del Sud, dove c'è stato il caso del contagio di un ragazzo che è andato in tre discoteche in una notte e ha prodotto più di duecento infezioni; in cinque giorni hanno fatto 46.000 tamponi, però tenendo aperte scuole, università, negozi e ristoranti. Se dobbiamo tenere aperto, perché la nostra economia non sopporta più un periodo come quello che abbiamo trascorso, dobbiamo allora dotarci. È chiaro che quello che va ribadito è che il discorso deve essere in esercizio fino a che le cose non cambieranno, con l'arrivo di un vaccino, o che per qualche motivo che in questo momento non siamo in grado di prevedere l'epidemia vada per conto suo.



Una sollecitazione su questo dato: i contagiati, probabilmente in ragione del lockdown, si aggirano sullo 0,4% della popolazione. Mettiamo pure che, come da più parti è stato detto, i contagi reali siano 5 o 10 volte tanto, comunque al massimo potremmo arrivare al 4% della popolazione. Ora molti colleghi, ma anche persone comuni, immaginano che questa situazione possa essere collegata non solo al lockdown, ma che sia possibile che questo virus solo attraverso il distanziamento sociale sia stato contenuto sul 4% della popolazione come massimo, e quindi che si sia lontanissimi dall'effetto di immunità di gregge? E il virus in sé è così altamente infettivo o non è particolarmente infettivo? Quali sono i dati che lei può suggerire?

Il virus è
estremamente
contagioso,
abbiamo esempi
di persone che
hanno contagiato
diciotto individui,
ma abbiamo anche
esempi di persone
che pur vivendo
in casa con
moglie e figli non
hanno contagiato
nessuno

In ordine cronologico abbiamo avuto il lockdown, che è stato abbastanza prolungato da riuscire a smaltire le infezioni domiciliari, ma che d'altra parte ha creato un feroce fattore darwiniano nelle RSA, che sono congregati di persone vulnerabili. A guesto punto alla riapertura si trova una quantità di virus circolante che i dati ci testimoniano essere bassa, e che incontra molte persone che portano le mascherine, persone educate al distanziamento sociale, trova anche fenomeni di intemperanza ma trova, soprattutto in questa fase, una società decapitata: i soggetti sopra i sessant'anni non sono molto in giro. Quello che è successo in Corea e che sta succedendo qua si riferisce sostanzialmente a soggetti giovani; quindi in questa fase il virus, che ha più possibilità di circolare, si trova però a mordere un sottogruppo maggioritario di popolazione che non ne soffrirebbe comunque più di tanto. Infatti vediamo soprattutto casi asintomatici oppure casi che escono dalle RSA e che sono sopravvissuti e da quel punto di vista rappresentano l'effetto di una chiara selezione darwiniana. Il virus è estremamente contagioso, abbiamo esempi di persone che hanno contagiato diciotto individui, ma abbiamo anche esempi di persone che pur vivendo in casa con moglie e figli non hanno contagiato nessuno. Quindi esisterà poi una media, è qualcosa che in parte si può prevedere con la quantità di virus che vediamo quando facciamo il tampone e quando facciamo la polimerizzazione del campione del tampone: le curve che salgono subito sono la testimonianza che c'è molto virus, quelle che salgono un po' dopo che ce n'è di meno. La differenza dipende come sempre dal soggetto che viene infettato e dalla carica virale del soggetto infettante.



Si ha un'idea di quanti asintomatici circolano? Esistono dei modelli matematici, dei dati o delle impressioni?

Ci sono sette od otto casistiche con un denominatore abbastanza ampio e con una controparte sierologica che è importante per capire chi non se n'è accorto. Potremmo scomporre così la cosa: su cento casi, cinquanta sono totalmente asintomatici, trenta che sviluppano una sintomatologia descrivibile come una banale influenza, poi ne rimangono venti che sono le malattie gravi, con una forma di insulto polmonare che inizialmente potrebbe es-

sere chiamata polmonite in senso infettivologico e poi diventa un fenomeno che ha forse caratteristiche immuno-trombotico-emorragiche e infine fibrotiche. Ho visto soggetti sviluppare una fibrosi in quindici giorni, quando un tubercolotico ci mette trent'anni. Quindi un quarto di questo 20% purtroppo sviluppa malattie molto gravi e può morire. Poi alla fine l'esito fatale è forse per il 2% dei casi, considerando anche l'età e il profilo della piramide demografica che ci contraddistingue. Questo è più o meno quello che succede, ed è per questo motivo che quando parlo di un probabile vaccino dico anche che non ci serve chissà quale strumento perfetto, perché in fondo a quattro soggetti su cinque basterebbe l'infezione naturale, nel senso che la superano o con nulla o con pochissimo, è il resto che dobbiamo proteggere. Allora forse un minimo di memoria immunitaria che il virus trova all'inizio può far sì che non devii l'evoluzione della malattia verso quelle forme gravi. Per fare un esempio, c'è il vaccino anti-pneumococcico, che non è un granché sul piano intrinseco però in realtà riduce di moltissimo la mortalità nelle sepsi pneumococciche, nelle meningiti pneumococciche e un po' meno efficacemente nelle infezioni respiratorie, però alla fine ne riduce la gravità.



Quindi è abbastanza probabile che l'infezione sia estremamente diffusa, ma siccome quelli colpiti e malati risultano molto pochi diciamo che noi potremmo tollerare questa alta infettività, quindi si spiega questa dicotomia tra il termine infettività e patologicità del virus.

Sono d'accordo, da questo punto di vista effettivamente è un qualcosa che va gestito secondo questi numeri. In questa fase, in cui non abbiamo ancora un vaccino, con la strategia che ho descritto prima potremmo riuscire a tenere in equilibrio numeri e focolai addomesticabili, con la necessità di stare aperti e di riprendere la nostra vita, in primis la scuola, che è il problema maggiore che ci manda in sofferenza come società, anche se non lo è dal punto di vista economico.



Un'altra speranza nel vedere una diminuzione della contagiosità del virus è grazie all'avvento del clima più caldo. Secondo lei la situazione si sta evolvendo anche in questo senso, oppure in realtà è sempre uguale e si spiega col fatto che viviamo meno chiusi, meno in famiglia, ma più fuori e quindi ci sono meno occasioni di contagio? Soprattutto nell'altra parte del mondo, dove prima era stagione estiva e ora si sta avviando verso l'inverno, abbiamo dei dati che possiamo confrontare per capire che cosa sta succedendo da noi?

Ma tutto sommato gli unici dati sono quelli che fanno riferimento evidentemente ai Paesi che prima di noi hanno avuto l'epidemia, quindi possiamo prenderci un paio di mesi di Cina, qualcosa di Singapore, Hong Kong, Taiwan e soprattutto la Corea del Sud. lo direi questo: noi medici siamo abituati a chiamare le infezioni respiratorie "malattie da raffreddamento". Il freddo qualcosa c'entra, la funzionalità e la fisiologia del nostro epitelio, la produzione di muco, le ciglia, il movimento centrifugo e tutte quelle forme di difesa, le sintesi mucosali e quant'altro. Queste con il freddo possono funzionare peggio. Con il freddo si va a scuola, si sta al chiuso, ci si frequenta e si condivide più spesso lo stesso



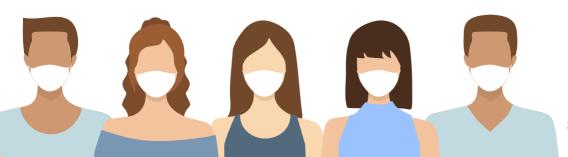


volume d'aria. D'estate si sta molto all'aperto, ma i virus respiratori circolano. Il rinovirus, il metapneumovirus, il virus respiratorio sinciziale comunque d'estate li vediamo. Quindi io sul caldo non conterei troppo se non per i fattori sociali e comportamentali. Per il resto il virus di per sé non sembra essere sostanzialmente cambiato. C'è quel bellissimo lavoro del professor Clementi del San Raffaele, che ha stimolato alcune riflessioni, che dice che nei tamponi di marzo c'era molto più virus rispetto ai tamponi di maggio. In realtà cosa potrebbe essere successo, soprattutto in regioni come la Lombardia e il Piemonte? La grande invasione è avvenuta in marzo, poi è iniziato il lockdown. In Lombardia abitano un quarto dei cinesi di prima generazione che vive in Italia e fa avanti e indietro dalla Cina. Mettiamo che 5.000 cinesi siano tornati, non con il Capodanno cinese, ma con le nostre ferie perché lavorano nelle nostre industrie, quindi il 6 gennaio erano in Italia; una quarantina di loro si è reinserita nella società e ha trasmesso il virus fin quando a Codogno non ci siamo accorti del caso grave. Quindi in quel momento c'è stata la grande invasione del virus. Lì il sistema a un certo punto ha iniziato a boccheggiare, i primi casi di marzo sono stati tamponati, ricoverati e assistiti. Per i casi di maggio parliamo di gente che il tampone l'aveva richiesto 20 giorni prima e quindi c'è una riduzione naturale della quantità di virus nel loro tampone. Non si possono confrontare le due cose. Infatti stiamo rifacendo lo stesso studio, ma confinato ai primi 15 giorni di marzo, cioè nelle stesse condizioni. Questo lo stiamo facendo per capire se chi ha meno virus nel tampone è contornato da meno casi secondari. Capire se è meno infettante degli altri, cosa che possibilmente sarà, ma vediamo se riusciamo a indicare una soglia sotto la quale possiamo restituirlo alla collettività senza ripetere un altro tampone. Questa è un po' la volontà che vogliamo perseguire.



C'è la grossa preoccupazione dell'arrivo della seconda ondata. Stando a quello che lei suggerisce, mi sembra di aver capito che in realtà si tratterebbe del ripresentarsi delle condizioni della stagione precedente. E che quindi non è una questione climatica, ma di mettere in campo diverse attività e che tutte quante insieme possano bloccare questa non reale seconda ondata (i dati dicono non reale). Cosa ne pensa?

Questo virus non se ne andrà del tutto. Questo lo dico guardando cosa è successo in Cina, cos'è successo in Corea del Sud Questo virus non se ne andrà del tutto. Questo lo dico guardando cosa è successo in Cina, cos'è successo in Corea del Sud eccetera. Però cosa succede? Che rimane a basso numero, se ci sarà un focolaio spero che saremo in grado di aggredirlo e circoscriverlo, se dobbiamo chiudere una scuola chiudiamo solo quella, non tutte le scuole. Quindi riuscire a cercare di lavorare proprio un minimo con il bisturi, considerando questo: che se è vero che questa tragedia, questo sterminio, è venuto fuori da un'infezione che si è introdotta in maniera silente nella nostra società, adesso la conosciamo. lo credo che in Italia, da qui alla disponibilità di un vaccino, i soggetti febbrili verranno sottoposti a screening, i contatti anche asintomatici dei casi verranno sottoposti a screening, continueremo a usare la mascherina in determinate circostanze, avremo un distanziamento sociale che in qualche modo sta continuando a essere osservato. Quindi il virus non si troverà a camminare spontaneamente, ma a essere immediatamente aggredito appena produce un focolaio, a trovare difficoltà perché indossiamo la mascherina, insomma incontrerà degli ostacoli. Non solo, ma poi la volta che morde non trova gli ottantenni ipertesi, diabetici e obesi, allora magari progredirà molto meno.





Ma nel momento in cui noi dovessimo metterci a trattare come clinici degli infetti allora c'è il problema, per esempio, del passo falso dell'OMS che rispetto a idrossiclorochina e clorochina ha creato confusione. Questo pone un problema proprio di metodo per muoversi. Nessuno ha intenzione di criticare il metodo evidence-based, però è un metodo estremamente lento e che obbliga chi lo segue a non agire se non ha gli elementi sufficienti. In un'emergenza come questa lei reputa che potrebbe essere studiato, messo in campo, ragionato un sistema che tenga più conto in assoluto delle osservazioni dei clinici in campo diagnostico e terapeutico?

Sono d'accordo, ma ci sono tutta una serie di aspetti. Partiamo da un esempio molto semplice: io ho 20 pazienti con ebola, che ha una mortalità del 50-60%, li tratto con il bicarbonato di sodio e li salvo tutti. Mi alzo la mattina e penso di avere la soluzione che funziona. È una percezione, devo fare uno studio più accurato, ma l'indizio è forte. Mi trovo davanti all'infezione da SARS-CoV-2, che ha una mortalità a tenerla alta del 2%. È chiaro che di fronte a una scarsità tale di eventi estremi, io mi trovo in difficoltà a dar credito alle mie percezioni. Nel senso che se il 50% la prende senza accorgersene, un 30% dà casi lievi che guariscono da soli, e di quel 20% che dà casi gravi ne muore il 2%, effettivamente devo far dei trial. Oppure trovare degli elementi surrogati: in HIV prima di accorgerti che il paziente sta meglio vedi che è crollata la carica virale e sai benissimo che da ciò trarrà beneficio, ne sei graniticamente certo e allora lavori per esempio sulla quantità di virus presente nel naso-faringe, lavori sul virus nella saliva, fai uno studio del genere se hai un farmaco che è plausibile che funzioni. Il remdesivir, che qualcosa ha dato, è un inibitore della polimerasi e qualche cosetta forse la ottiene. La clorochina era diventata a un certo punto anche anti-HIV e dava dei cali di viremia in effetti misurabili, perché il farmaco è un grosso "addormentatore cellulare". Chi assume clorochina ha una concentrazione nei leucociti 700 volte più alta di quelle plasmatiche. Questo comporta una semi-paralisi della cellula per cui se il virus si sta replicando in quella cellula, qualcosa in meno viene fuori per forza! Come l'alcol sull'herpes. È successo che a un certo punto noi ci siamo ritrovati questi dati provenienti dalla Cina, ci siamo trovati in condizioni di emergenza, dovevamo cercare ippocraticamente di fare tutto il possibile per i nostri malati e allora abbiamo recuperato lopinavir, ritonavir, il caletra, la clorochina, a volte la ribavirina, l'azitromicina, il remdesivir che cominciava a circolare e poi il tocilizumab per la fase infiammatoria di chi era ricoverato. Con tanta buona fede e con tanta disponibilità ad ammettere che funzionasse. Poi viene fuori questo studio che rallenterà purtroppo l'acquisizione del fatto che la clorochina non funzioni. Perché lo dico? Perché è uno studio che è stato contestato non nel merito del messaggio, è stato contestato per come ha tirato fuori i numeri. A un certo punto risultava nella casistica di un ospedale australiano un numero di morti superiore ai totali di tutta l'Australia. Se non presenti dei numeri attendibili fai un danno alla comunità scientifica che ti ascolta e anche a chi magari ancora crede nella clorochina e ha una sua pista sperimentale che tutti rispettano perché magari ancora qualcosa da dire ha. lo personalmente non mi aspetto che sia efficace, però capisco che lo spazio da lasciare alla via sperimentale per dimostrarlo è un altro. L'Oms in questo ha degli studi straordinari su malaria, tubercolosi, HIV, salute infantile, malnutrizione, gravidanza, tutto quel che vuoi, ma su questo purtroppo non avevano nulla. Hanno improvvisato: prima dicendo che non si trasmetteva da uomo a uomo, poi hanno detto sì, ma non dagli asintomatici, poi che bastavano le mascherine chirurgiche per chi entrava nelle stanze, poi no. Insomma alla fine bastava dire che la trasmissione avviene tramite la condivisione d'aria: ti infetti respirando particelle piccolissime emesse da qualcuno. Lavarsi le mani fa parte delle precauzioni, non è la soluzione.

Se non presenti
dei numeri
attendibili
fai un danno
alla comunità
scientifica che ti
ascolta e anche
a chi magari ha
una sua pista
sperimentale che
tutti rispettano





INTERVISTA A Ferruccio Fazio

a cura di redazione Torino Medica

Professor Ferruccio Fazio

8 luglio 2020

La pandemia di SARS-CoV-2 ha profondamente segnato il nostro Paese e ha messo in luce molte criticità di tipo organizzativo sul versante sanitario, oltre a profonde contraddizioni nel tessuto sociale ed economico. Dopo i primi mesi di disorientamento in cui il sistema sanitario piemontese ha rischiato di essere sopraffatto sia nella sua componente di ricovero che in quella di prima diagnosi e intervento, con difficoltà nel tracciamento dei positivi e dei contatti, dalla fine di aprile si è insediata la task force, voluta dall'Assessore alla Sanità Luigi Icardi e guidata dal professor Ferruccio Fazio, medico nucleare, già Ministro della Salute nel IV governo Berlusconi, dal 2008 al 2011 sindaco di Garessio, che ha accettato di rispondere alle nostre domande.



A oltre due mesi dal suo insediamento come presidente della task force, come giudica la sua esperienza e quali obiettivi pensa che siano stati raggiunti?

L'esperienza è sicuramente positiva. È una task force di numero ridotto – siamo in sei – e si lavora molto bene, in modo concreto. Di fatto noi non facciamo raccomandazioni, né prendiamo decisioni operative che abbiano effetto legislativo immediato, quindi forse è tutto più facile. Questo ci ha consentito di prendere una serie di decisioni sul territorio – perché ricordo che il nostro compito fondamentale è di dare un nuovo volto a quella che è la sanità territoriale del Piemonte. Abbiamo lavorato principalmente su due fronti: uno relazionato all'epidemia da COVID-19 e un altro più in prospettiva. Quello più direttamente relazionato all'epidemia è un settore in cui siamo impegnati dall'inizio, mettendo a punto un sistema di contact tracing – attualmente in funzione in Piemonte – che ci dà un certo tipo di garanzia per quella che potrebbe essere la ripresa dell'infezione da COVID.



Quindi un'esperienza sicuramente positiva e imperniata sulle problematiche del territorio. In realtà quello che si è visto in questi mesi di crisi è che l'indebolimento della struttura territoriale regionale in Piemonte, quindi l'arresto di una modernizzazione, in favore di una politica legata più all'eccellenza ospedaliera e alla gestione specialistica delle malattie ha creato problemi e ha dato gli effetti abbastanza drammatici che si sono avuti sia nelle RSA e non solo, soprattutto nella prima parte dell'epidemia. Quando parla della prospettiva di un nuovo disegno della gestione territoriale, cosa intende il suo gruppo con una riorganizzazione del territorio in funzione sia della gestione delle crisi che in prospettiva futura?

Di intercettare le malattie, che siano acute o croniche, per esempio un'epidemia nel caso delle malattie acute, oppure le malattie croniche con le loro relative riacutizzazioni, di intercettarle sul territorio con

un tipo di "medicina d'iniziativa" che cerchi di evitare l'intasamento di ospedali e pronto soccorso, che è poi quello che è avvenuto per l'epidemia da COVID, ed è un problema anche nella gestione delle malattie croniche in Piemonte. Quindi di curare più al livello della medicina di base, con le strutture adeguate, cercando di evitare l'avvio al pronto soccorso o in ospedale, quindi per esempio di riacutizzazioni di malattie croniche o di infezioni virali.



Diciamo che in Piemonte gli esperimenti di riorganizzazione della medicina di territorio si susseguono da quindici o vent'anni e vanno dai gruppi di cure primarie alle case della salute. Voi intendete strutture di questo genere, con la partecipazione complessa di diverse specialità? A cosa avete pensato?

Occorre pensare a un ritorno sul territorio dal punto di vista della continuità assistenziale L'idea è quella di promuovere le associazioni dei medici in generale, in modo da portare i tetti al 100%. Adesso c'è un numero di tetti molto limitato, mi sembra 20-30% per ogni medicina di gruppo o medicina in rete, e vorremmo portarli invece al 60% per medicina in rete al 40% per medicina di gruppo, quindi fare in modo che il 100% dei medici che vogliono lavorare in associazione lo possano fare. Questo ha un costo, quindi siamo in attesa che la regione sblocchi le riserve sul fatto che ci possa essere un qualche tipo di finanziamento e che questo debba avvenire a seguito della messa a disposizione di un certo numero di infermieri, di personale di studio e poi degli incentivi per i medici. Il giorno che tutto ciò possa avvenire, allora si può organizzare un certo tipo di struttura territoriale, che preveda comunque delle medicine di gruppo e nel caso dei medici in rete preveda anche degli ambulatori comuni dove avviare il paziente, ambulatori che possano essere aperti in modo regolare e dove esistono anche delle figure infermieristiche e di supporto che possono gestire per esempio la cronicità. Questo è un discorso molto articolato su tutto il territorio, perché oltre a questo bisogna pensare alla guardia medica, quindi anche all'emergenza, pensare al fatto che i codici bianchi e verdi vengano avviati su strutture territoriali e non al pronto soccorso, scaricando lavoro ai pronto soccorso. Bisogna pensare poi a un opportuno raccordo con quelli che sono alcuni specialisti ambulatoriali, che possono anche avere una presa in carico dei pazienti per le varie attività specialistiche, e infine occorre pensare a un ritorno sul territorio dal punto di vista della continuità assistenziale, in modo che gli ammalati di una valle vengano a fare la lunga degenza in quella valle e non a due ore di distanza.



Questo prevederà un potenziamento delle strutture, una riorganizzazione della medicina primaria e generale, la pediatria di libera scelta e, a mio parere, questo è un disegno che potrebbe effettivamente trovare il territorio pronto, dovesse capitare un'emergenza come questa, ma anche – come diceva lei – nella gestione delle patologie croniche. Poi seguirebbe tutto il problema degli infermieri, ma per adesso consideriamo questo disegno generale.

Lei ha avuto responsabilità a livello nazionale di gestione della salute.

La regionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale ha portato a delle differenze organizzative che si notano anche adesso perché in ciascuna Regione esistono gruppi che studiano e cercano soluzioni, però al momento della crisi ci siamo trovati di fronte a una differenza profonda nelle organizzazioni delle varie sanità regionali. Anche senza pensare a un profondo cambiamento del titolo V, non crede che sarebbe tempo di ragionare sulla necessità di uniformare le prestazioni, l'accesso a esse, i loro costi e la qualità?

Questa è una cosa di cui mi sono occupato e che mi ha riguardato quando dodici anni fa ero al governo, adesso sicuramente esula da quelle che sono le mie competenze. Ci sono vantaggi e svantaggi in una regionalizzazione. lo credo che adesso la cosa importante sia uscire da questa crisi e fare in modo di avere qualcuno che riguarda questo lavoro in un



sistema Piemonte che possa avere una base solida. Da un punto di vista generale le dirò che sarebbe auspicabile che, quantomeno, se ci fossero delle intese o degli accordi specifici Stato-Regioni, mi riferisco per esempio a un accordo che c'è stato sull'emergenza-urgenza sotto il mio governo, un accordo che c'è stato su quelle che sono le liste d'attesa; ecco, auspicherei una sorta di legge o comunque di sistema per cui diventassero cogenti ovverosia obbligatori. Di fatto adesso magari ci sono degli accordi Stato-Regione che poi non vengono applicati, perché non sono obbligatori come le leggi e non ci sono sanzioni se non vengono messi in pratica. Di fatto il meccanismo non necessariamente dovrebbe essere quello dello scardinamento del titolo V, ma potrebbe anche essere quello di una cogenza di accordi importanti Stato-Regione su alcuni argomenti fondamentali in cui si riconosce l'assoluta necessità di una gestione comune a livello nazionale. Banalmente si potrebbe dire che una volta che c'è l'accordo questo potrebbe diventare legge, cosa che viceversa non avviene perché vi è nel percorso del decreto legge e del disegno di legge tutta una serie di problematiche dovute all'infinito numero di commissioni da cui passare, per cui alla fine le cose si bloccano e vengono stravolte. Il meccanismo legislativo è molto garantista, ma alla fine ha delle inefficienze importanti insite nel meccanismo stesso.



Lei prima accennava al sistema di tracciamento, e al momento un sistema di tracciamento diventa fondamentale perché man mano che avanza la Fase 3 la gente è sempre meno disposta a fare sacrifici, anche se credo che molto rapidamente l'idea dei distanziamenti e delle protezioni personali si sia diffusa e sia entrata nella cultura della gente; però nel futuro, nei prossimi mesi, in autunno e in inverno sicuramente ci sarà il problema di nuovi focolai e quindi la necessità di un sistema di tracciamento. Lei ha accennato prima al sistema piemontese che potrebbe affiancare l'app Immuni, sarebbe interessante capire come lo avete costruito.

L'abbiamo costruito tramite SISP mettendo una serie di regole, coinvolgendo una serie di persone, identificando una serie di attori anche a livello modulare a seconda del numero di tamponi e positivi che si verificano. Le posso dire che dai risultati si capisce come funziona. Le do i dati di oggi 8 luglio 2020: abbiamo venticinque positivi di cui ventitré asintomatici. Dei venticinque casi: sei sono delle RSA; dieci in screening, quindi quando uno fa lo screening è probabile che sia asintomatico; sette contatti di caso (quindi recuperati proprio tramite la tracciatura); e due con indagine in corso. Su 3415 tamponi abbiamo venticinque casi di cui solo due sintomatici, quindi di nuovi casi ce ne sono due, gli altri sono vecchi casi che vengono trovati come contatti di casi oppure perché hanno fatto la sierologia e quindi uno si può tirare dietro una positività anche dopo un mese o due mesi da quando ha avuto i sintomi. Sappiamo che uno è l'ottavo caso che abbiamo in Piemonte del Bangladesh e questo è al Mauriziano con febbre, e poi abbiamo un contatto di una famosa cena che sappiamo che è avvenuta a Saluzzo giorno 25, dove una persona ha lanciato sette casi positivi e l'ultimo l'abbiamo trovato oggi. Sappiamo esattamente, per esempio prendendo il caso del Bangladesh, di tutti gli otto casi che abbiamo identificato cosa è successo, come sono arrivati, chi sono i loro contatti. Questo significa tracciare, da lì noi possiamo isolare e questo ci consente anche di fare le aperture, ossia di consentire alla gente di fare un minimo di vita sempre con mascherine e distanziamento sociale, ma noi ci riserviamo sempre di chiudere dove è necessario. Direi che il risultato più importante è proprio vedere come siamo riusciti giorno per giorno a capire cosa succede in Piemonte.



Questo è interessante perché invece a livello nazionale i dati dei nuovi casi non sono scomposti, come ha ben chiarito lei dei casi del Piemonte, quindi mi dà sempre la sensazione che quando si parla di trecento nuovi casi siano trecento nuovi infetti, magari sintomatici. Forse sarebbe bene a livello nazionale cominciare a differenziare la situazione per non creare allarmi oltre il giusto. Per concludere: la vostra task force ha in previsione un lavoro per i prossimi mesi? Un lavoro di lunga durata?

Per il momento noi concludiamo i lavori il 31 luglio, poi vediamo cosa deciderà la Regione. Dovrebbe decidere qualcosa in questi giorni.



INTERVISTA A Giancarlo Isaia

a cura di redazione Torino Medica

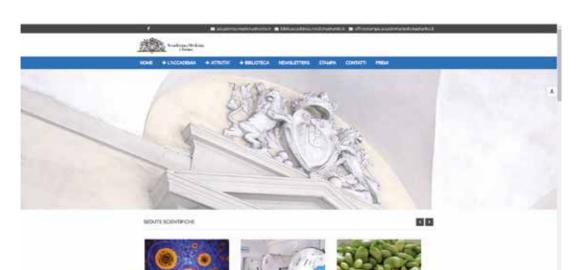
Professor Isaia, specialista in Endocrinologia, Medicina Interna e Medicina Nucleare Dipartimento di Scienze Mediche Università di Torino Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino e della Fondazione Osteoporosi o.n.l.u.s.

15 luglio 2020



L'Accademia di Medicina di Torino ha prodotto un documento di dieci punti sulla gestione della pandemia da COVID-19. Come sono nati questi dieci punti e con quali obiettivi?

L'Accademia di Medicina di Torino, nella sua secolare storia che dura ormai da quasi duecento anni, è stata più volte chiamata a pronunciarsi in occasione di problemi sanitari importanti, prima per il Regno di Sardegna e poi nello Stato unitario, in particolare in occasione di alcune epidemie: la più famosa quella di colera che infestò il Piemonte, e non solo, attorno al 1830-40. L'Accademia di Medicina era consulente dello Stato per questo tipo di problematiche. Successivamente si è focalizzata maggiormente sulla formazione, quindi lo scopo principale è diventato la formazione di medici, specializzandi e studenti di medicina, perdendo progressivamente la funzione consulenziale che è stata man mano presa in carico da altri organismi, come l'Istituto Superiore di Sanità o il Consiglio Superiore di Sanità o l'Agenzia Italiana del Farmaco, a seconda degli argomenti che i Ministeri volevano acquisire. Nonostante ciò, noi dell'Accademia abbiamo pensato di poter dare un contributo teorico e abbiamo mandato a tutti gli iscritti e soci dell'Accademia una specie di call, invitandoli a esprimere le loro opinioni su cosa si potesse fare, cercando di evitare polemiche e con spirito assolutamente costruttivo. Ci sono giunti circa venticinque contributi dai quali abbiamo tratto, facendo una sintesi, i dieci punti del documento da lei citato. È un documento costruttivo che dovrebbe servire a dare dei consigli dal punto di vista medico per evitare e affrontare ulteriori analoghe pandemie.







A chi sono destinati questi dieci punti?

Questi punti sono destinati un po' a tutti, ma in primis a tutta l'opinione pubblica. I primi punti riportano stili di vita virtuosi e rispetto di norme igienico-comportamentali, quindi sono indirizzati soprattutto ai pazienti, ai cittadini che devono osservare alcune norme di carattere igienico-sanitario per evitare infezioni, non soltanto da COVID-19 ma in generale. Poi è indirizzata ai medici e soprattutto ai gestori della sanità, quindi ai medici che gestiscono la sanità, perché una delle difficoltà più grosse che sono state riscontrate è che non c'erano percorsi condivisi, non era chiaro e sufficiente il ruolo della medicina territoriale, non c'è stata una gestione della sanità corretta da parte di assessori, ministeri e coloro che gestiscono la sanità in generale. Quindi gli interlocutori sono tre: cittadini, medici e gestori o comunque politici e organizzatori del sistema sanitario.



L'Istituzione che Lei rappresenta come ha affrontato l'emergenza COVID-19? E più in generale quale avrebbe dovuto essere il peso delle istituzioni scientifiche e culturali?

Questi punti sono destinati un po' a tutti, ma in primis a tutta l'opinione pubblica. I primi punti riportano stili di vita virtuosi e rispetto di norme igienicocomportamentali, quindi sono indirizzati soprattutto ai pazienti, ai cittadini che devono osservare alcune norme di carattere igienicosanitario per evitare infezioni. non soltanto da COVID-19 ma in generale

Noi ci siamo intanto uniformati alle norme generali, quindi abbiamo interrotto il nostro calendario di incontri: facciamo mediamente due incontri mensili tra di noi e altri aperti al pubblico, con l'Accademia di Scienze. Abbiamo un calendario molto fitto che ovviamente abbiamo sospeso. L'Accademia di Medicina si è però posta il problema di diffondere meglio in futuro i propri messaggi. Abbiamo fatto una riunione molto importante via webinar con la quale abbiamo preso coscienza del fatto che le nostre riunioni potranno essere, e lo saranno, trasmesse in streaming in contemporanea: perché le riunioni si fanno solitamente la sera e non sempre i medici hanno tempo di raggiungere la sede, così possiamo permettere a tutti di parteciparvi da casa. In effetti abbiamo ricevuto molte considerazioni al riguardo e abbiamo quindi varato il progetto di mandare in streaming tutte le riunioni che si faranno da settembre. Uno smartworking anche per noi dell'Accademia, che nei prossimi anni può funzionare. Non ci siamo però fermati qui! Abbiamo composto un gruppo di lavoro, coordinato da me e dal professor Enzo Medico dell'Istituto Candiolo, che si è posto guesta domanda: in guesta terribile situazione, come mai solo alcune categorie di persone venivano colpite? Come mai solo alcune regioni d'Italia venivano colpite? Le risposte possono essere tante, ma nessuna è convincente. Perché se si fa il calcolo della mortalità da COVID-19 i dati ufficiali del Ministero dicono: che sotto i 40 anni è pari quasi a 0, tra i 40 e i 60 anni è modesta (tra il 5 e il 10%), dopo i 70 anni invece diventa drammatica. Allora ci siamo chiesti: perché colpisce prevalente anziani e soprattutto nelle zone del Nord Italia? Abbiamo ragionato e in seguito pubblicato un documento, molto ripreso anche dalle testate internazionali, in cui abbiamo focalizzato il possibile ruolo della vitamina D: abbiamo infatti notato che le categorie più colpite – quindi anziani, persone in comunità come nei conventi o in carcere – sono formate da persone che stanno molto al chiuso. Di consequenza abbiamo focalizzato la nostra attenzione sulla vitamina D e abbiamo pubblicato un documento che francamente all'inizio voleva essere a uso interno, come strumento di aggiornamento per l'Accademia, ma che poi su spinta del Rettore è stato diffuso tramite l'ufficio stampa dell'Università. Abbiamo creato una tempesta mediatica con centinaia di riprese da tutto il mondo da parte di vari giornali, perlopiù positive, anche con qualche critica, con una risonanza che ci ha molto sorpreso. In effetti a distanza di due mesi dalla pubblicazione sono emerse numerose altre pubblicazioni, tra cui una nostra che sta per uscire su una rivista geriatrica, che conferma la bontà di queste ipotesi.



Dal punto di vista dell'informazione ai cittadini cosa non ha funzionato? Secondo lei il nodo cruciale della comunicazione pubblica, cioè la difficoltà di arrivare in maniera efficace agli utenti finali, ha avuto qualche scossa a causa di questa pandemia?

Siamo stati praticamente bersagliati per tre mesi da programmi televisivi quotidiani in cui le persone, che avremmo dovuto considerare degli esperti, dicevano il contrario di quello che diceva un altro esperto. C'è stata una notevole disomogeneità delle informazioni

Questo è veramente un punto cruciale, perché informare correttamente i cittadini è determinante per incentivare i comportamenti virtuosi e per condizionare le condotte generali. lo mi rendo conto che questo momento ha preso alla sprovvista tutti in tutto il mondo, non possiamo fare molte critiche. Però, sempre in senso costruttivo e per evitare ulteriori errori di questo tipo, a mio giudizio la comunicazione è stata molto disomogenea. Siamo stati praticamente bersagliati per tre mesi da programmi televisivi quotidiani in cui le persone, che avremmo dovuto considerare degli esperti, dicevano il contrario di quello che diceva un altro esperto. C'è stata una notevole disomogeneità delle informazioni; fino a un certo punto può essere anche giusto perché la scienza non è sempre omogenea, ci sono sempre delle discussioni scientifiche su un argomento. Il problema è che se queste vengono confinate all'ambito scientifico va bene, se vengono buttate in tv da un interlocutore popolare che non è preparato dal punto di vista scientifico perché non è il suo lavoro, invece, può creare sconcerto: mascherine s'/mascherine no, non si può uscire/si può di nuovo uscire, vaccini, tamponi, non andate in ospedale ecc. C'è stata una serie di messaggi contraddittori che forse sarebbe stato meglio evitare facendo parlare una sola persona: io penso ad esempio che se un medico fa parte di un comitato tecnico-scientifico istituzionale, dovrebbe parlare solo lui in quanto responsabile del comitato. E poi l'informazione e i giornalisti sono condizionati da quello che succede: se sentono l'autorevole professore che dice una cosa la pubblicano, ovviamente. Il problema è che se dieci professori autorevoli dicono dieci cose diverse, chiaramente c'è un po' di frastornamento che scredita l'istituzione. Perché uno può anche ammettere di aver sbagliato, per carità può capitare a tutti di dare informazioni sbagliate e poi correggersi e spiegare il perché, invece c'è stato un po' di disorientamento dei cittadini dovuto al fatto che queste informazioni venivano date a ruota libera, con poca attenzione ai destinatari e poca omogeneità. Ci deve essere un confronto tra esperti, perché c'è chi la pensa in un modo e chi in un altro, dopo di che ci deve essere un comunicato che dica qual è l'opinione prevalente e si fa così, altrimenti diventa difficile seguire tutto. Soprattutto perché il messaggio poi arriva a persone che dell'argomento sanno poco.



L'importanza del pensiero. L'Accademia sin dalle sue origini è stata un punto di riferimento per scienziati e intellettuali, un collettore di grandi idee e progetti nonché un amplificatore forte di cultura. Da questo punto di vista uanto ci manca oggi un livello più ampio di coinvolgimento nel dibattito pubblico? Nel pensiero sulla società?

Noi siamo fondamentalmente una fucina di idee che, in campo scientifico, ha generato a volte dei modelli che poi sono stati traslati. Non è nostro compito fare ricerca scientifica, ma indirizzare i ricercatori verso strade nuove, verso protocolli nuovi, verso innovazioni in medicina che poi chi di dovere, ovvero chi fa ricerca come le Università, i centri di ricerca, gli Istituti scientifici deve fare. Noi manteniamo una posizione di autorità intellettuale super partes che dibatte i problemi e cerca le soluzioni. Stiamo facendo il possibile per avere un coinvolgimento maggiore nel dibattito pubblico con una funzione catalizzatrice del dibattito scientifico.





Giovanni Asaro

a cura di redazione Torino Medica

Dottor Giovanni Asaro, direttore INAIL Piemonte

11 maggio 2020



Dottor Asaro, può fornirci un quadro generale del numero di contagi da COVID-19, a livello nazionale e locale?

Per quanto riguarda il numero dei contagiati, proprio venerdì 8 maggio l'Istituto ha diramato un comunicato stampa che ne evidenzia il numero: attualmente a livello nazionale ci sono circa 37.000 contagiati sul lavoro, che sono stati denunciati all'INAIL, con 129 casi mortali. È chiaro che la maggior parte sono collocati nella zona nordoccidentale con circa il 53% del totale, poi tutte le altre regioni a scendere. La regione più importante dopo la Lombardia a livello di numero di casi denunciati è il Piemonte, che registra quasi il 14,9% del totale, quindi da questo punto di vista al secondo posto. Per quanto riguarda il numero degli infortuni mortali, anche qui il Piemonte si attesta al secondo posto dopo la Lombardia con 14 denunce inviate alla nostra direzione regionale. Di queste 14 denunce al momento ne abbiamo riconosciute 4, con avvio di erogazione per quanto riguarda il riconoscimento della rendita e delle indennità che sono previste per i familiari superstiti. Per quanto riquarda invece il numero degli infortuni a livello regionale il dato non è ancora certificato: stiamo monitorando il fenomeno con molta attenzione e sostanzialmente il dato si attesta intorno ai 5.000 casi attualmente denunciati a livello regionale. La provincia più colpita è quella di Torino, con circa 2.500-2.770 casi, a ruota seguono Alessandria, Novara, Cuneo e infine Vercelli. La durata media dell'infortunio è intorno ai 29 giorni e per 738 casi supera i 40 giorni. La maggior parte degli infortunati sono donne, con un percentuale intorno al 78-80%, mentre gli uomini sono più o meno al 20%. La situazione si inverte per quanto riguarda i casi mortali, con un 20% di donne e 80% di uomini.



focus COVID-19 le interviste



Le categorie professionali più colpite da questo tipo di valutazione, come prevedibile, sono legate al settore sanitario?

Assolutamente sì, essenzialmente l'80% sono sanitari: personale medico, paramedico, operatori del mondo della sanità ecc. È chiaro che la maggior parte di questi infortuni sono avvenuti all'interno dell'azienda ospedaliera.



Rispetto alle misure di contenimento nei luoghi di lavoro (non solo quindi nel settore sanitario ma più in generale): da un punto di vista della cultura del rischio e della prevenzione il Paese è pronto a cambiare le proprie abitudini, i propri stili di vita e quindi anche la stessa organizzazione dei luoghi di lavoro? Ci sono dei dati rispetto a quello che voi fotografate su come si stanno organizzando le imprese e i luoghi di lavoro per accogliere al meglio le indicazioni, anche le vostre?

Negli ultimi anni la sensibilità è cresciuta in modo significativo: da più di un decennio registriamo una costante flessione nel numero degli infortuni Dividerei la risposta in due parti perché la prima riguarda la sensibilità che hanno le aziende nell'applicazione di quelli che sono i contenuti del Testo Unico sulla sicurezza e le norme relative alla prevenzione sui luoghi di lavoro. A onor del vero negli ultimi anni la sensibilità è cresciuta in modo significativo: da più di un decennio registriamo una costante flessione nel numero degli infortuni, e questo è un dato che va oltre quelli che possono essere gli effetti della crisi economica: significa che da parte delle aziende ci sono più attenzione e sensibilità, anche grazie ai richiami costanti del Presidente della Repubblica, del Papa, dei media ecc. C'è un appello costante a risolvere i nodi della sicurezza sul lavoro.

È chiaro che questa situazione eccezionale non era stata prevista, né vissuta da nessuno in precedenza, pertanto quelle che sono le disposizioni sulle cautele che devono essere applicate nel mondo del lavoro sono state di volta in volta modificate e implementate costantemente in corso d'opera, a partire dal famoso Protocollo firmato dal Presidente del Consiglio con le parti sociali il 14 marzo e da quello successivo del 24 aprile, che danno un'indicazione di massima sulle misure di sicurezza da adottare sui luoghi di lavoro. Questo non significa che poi all'interno di questi luoghi, in relazione allo specifico settore, non debbano essere adottate ulteriori e diverse modalità di applicazione. Tutto questo va sicuramente a incidere sulla modalità di organizzazione dell'azienda, che deve ripensarsi in funzione di questa nuova emergenza.



Da questo punto di vista, esistono dei criteri di controllo che vengono attuati sulla situazione delle aziende o, se non in forma di controllo, almeno in forma di consiglio o supervisione? Oppure a oggi non c'è un organismo di questo tipo che possa monitorare la situazione?

Noi a livello regionale abbiamo raccolto l'invito del Politecnico di Torino per la progettazione di linee guida da fornire alle aziende che avessero fatto volontaria adesione. Si tratta di norme pensate da persone con esperienza nel mondo scientifico, e una volta portate anche al tavolo centrale sono state in parte adottate. Qualche richiamo c'è anche nelle linee guida che l'Istituto a livello nazionale ha emanato e portato al tavolo della task force governativa. È chiaro che in questo momento le aziende sono abbastanza disorientate rispetto alle numerose indicazioni che ricevono, e chiaramente in un momento di difficoltà economica hanno difficoltà a capire come riorganizzarsi. Un'azienda di grande portata riesce sicuramente a strutturarsi con un'organizzazione funzionale e a tutelare i lavoratori, ma io penso che moltissime difficoltà le avranno le PMI che in questo momento soffrono anche la carenza di liquidità, per cui in mancanza di linee guida precise e di sostegni adeguati si trovano difficoltà ad attuare tutte le disposizioni che potrebbero essere emanate. Per quanto riguarda i controlli previsti dai protocolli del 14 marzo e del 24 aprile, sono stati demandati ai prefetti che li avvieranno tramite le ASL e all'Ispettorato nazionale del lavoro.





Sappiamo che la vostra istituzione è attenta alle dinamiche di comunicazione e fa moltissimo dal punto di vista della strutturazione di modelli più efficaci per intercettare l'interesse e la cultura dei cittadini. Qual è lo stile di comunicazione che avete scelto in questa fase molto difficile dal punto di vista della percezione sociale, quindi a livello psicologico ed emotivo, ma anche molto difficile nel rapporto con le istituzioni? Alcuni dati dicono che la comunicazione istituzionale effettivamente è sempre un po' ostica, ma in questo momento ha sicuramente dei parametri di rischio più alti.

A livello nazionale noi abbiamo una Direzione centrale comunicazione che è particolarmente attiva e cerca di utilizzare tutti i canali possibili. Sul nostro sito è presente una specifica sezione dedicata a COVID-19, con tutta una serie di pubblicazioni di carattere scientifico realizzate dai nostri esperti, ma al tempo stesso sono state realizzate anche pubblicazioni di facile e pronta lettura, a seconda della tipologia dei visitatori che le vanno a visualizzare. In più sono stati previsti anche dei tutorial, ad esempio per l'uso delle mascherine, per i comportamenti da seguire sui mezzi pubblici ecc.

Sono stati realizzati anche dei video rivolti agli studenti, perché devono capire come comportarsi nel momento in cui riprenderanno l'attività scolastica o sociale. In più sono state portate avanti delle campagne insieme all'Ordine degli psicologi, per il sostegno psicologico ai medici che hanno sopportato sofferenze e stress lavorativo non indifferenti. Questo a livello nazionale, in sintesi.

A livello locale ci siamo attivati in modo particolare con i nostri funzionari socio-educativi nei confronti dei soggetti tutelati, che sono gli invalidi sul lavoro. Su questi abbiamo avviato una campagna di contatto tramite strumenti informatici nuovi quali Skype, WhatsApp o altre modalità telematiche per avere delle chat in cui questi soggetti potevano realizzare che non erano soli e avevano la possibilità di interloquire con altri e condividere un momento che incideva in modo particolare sulla loro esistenza. In più abbiamo dato indicazioni per tutta una serie di risposte ai bisogni che potevano esprimere, come il recapito dei farmaci o della spesa. Da questo punto di vista abbiamo cercato di stare uniti e non lasciarli completamente soli. Per quanto riguarda la campagna di contatti con l'utenza esterna abbiamo tenuto sempre aperti gli ambulatori e abbiamo intensificato le modalità di contatto tramite contact center, Skype e modalità telefoniche.

Sul nostro sito è presente una specifica sezione dedicata a COVID-19, con tutta una serie di pubblicazioni di carattere scientifico realizzate dai nostri esperti, ma al tempo stesso sono state realizzate anche pubblicazioni di facile e pronta

lettura

Un ultimo aspetto di sintesi: cosa vi aspettate per il futuro prossimo, per le prossime fasi, anche dal punto di vista economico, e di assestamento della salute pubblica? Perché siamo effettivamente in un percorso di rientro. Qual è la vostra previsione?

lo scinderei la previsione tra cittadini e lavoratori. Come cittadini tutti auspichiamo un allentamento delle restrizioni alla vita di relazione e di movimento che ci sono state imposte. È chiaro che un contenimento dei rapporti e degli spostamenti sicuramente aiuta, specie in una regione come il Piemonte che fatica a rientrare al di sotto dei livelli che sono già stati raggiunti da altre regioni italiane. Per quanto riguarda il mondo del lavoro, bisogna affiancare e sostenere le aziende, ognuno per la propria parte, anche quella istituzionale, perché questo è un momento di grande disagio e disorientamento e chi svolge un ruolo pubblico deve riuscire a essere al fianco di queste realtà e sostenerle, non solo con strumenti di tipo economico ma a livello di servizi che possiamo erogare, anche di tipo consulenziale o per quanto riguarda l'informazione e la formazione. Forse questo potrebbe aiutare il Paese a recuperare quanto prima e a limitare i danni causati dall'emergenza.

focus COVID-19 le interviste



INTERVISTA A Rosella Zerbi

a cura di redazione Torino Medica

Rosella Zerbi, Consigliera Segretaria OMCeO Torino

31 agosto 2020

C'è stato recentemente ampio dibattito tra i medici, anche in Italia, sulla differenza tra burn out e moral injury. Il primo si focalizza sul singolo, sulla sua difficoltà o incapacità ad affrontare situazioni lavorative stressanti – per lui stesso o in generale. Il secondo si focalizza invece sul contesto lavorativo in cui si opera, con preciso riferimento agli aspetti organizzativi e a quanto questi possano condizionare e incidere quotidianamente sul benessere di chi lavora – includendo, soprattutto nei confronti di chi esercita professioni di cura delle persone, valenze etiche e morali.

Burnout

Stato di esaurimento fisico ed emotivo cronico, caratterizzato da senso di disconnessione da colleghi e pazienti, depersonalizzazione e senso negativo di sé e delle proprie capacità di realizzazione personale. Le cause di burnout possono essere numerose e possono interessare uno o tutti questi ambiti.

Una delle domande più importanti e controverse è: il burnout è dovuto a fattori estrinseci o intrinseci, o entrambi? Proprio su questo interrogativo si inserisce il concetto di moral injury.

Moral injury - Danno morale

Il danno morale è presente quando si tradisce ciò che è giusto, sia come singolo, sia quando "autorizzati" da qualcuno che incarna la legittima autorità. Per i medici si parla di moral injury quando – a un livello individuale – le decisioni cliniche che devono essere prese contravvengono alla morale di coloro che le mettono in atto e/o quando le decisioni di coloro che rappresentano la "legittima autorità" possono essere percepite come "un tradimento di ciò che è giusto". Ad esempio, scegliere quali pazienti non riceveranno supporto rianimatorio in caso di scarsità di risorse. Queste decisioni potrebbero anche essere supportate dal protocolli, ma differiscono dalla consueta pratica e da linee guida pre-COVID-19. Già la preoccupazione di dover prendere queste decisioni è molto onerosa se non devastante.



Burn out o moral injury? Non è una differenza da poco perché in un caso o nell'altro le soluzioni sono molto diverse.

Alcuni studi (ma non tutti) hanno suggerito un più alto tasso di burnout/moral injury tra le donne medico rispetto ai colleghi maschi, dovuto sicuramente anche al maggior carico extra lavorativo che, oggettivamente, le donne hanno e al fatto che le difficoltà di conciliare vita e lavoro sono maggiori per le donne rispetto agli uomini. Occorre dunque porre attenzione al ruolo del genere, anche perché le donne medico sono ormai più numerose dei colleghi.

È chiaro che – anche nel più perfetto degli scenari – questa pandemia avrebbe travolto le risorse esistenti, con sbilanciamento tra il da farsi e le effettive possibilità di farlo, ma è anche vero che si sarebbe



potuto fare di più nel tempo a disposizione per prepararsi.

L'emergenza pandemica causata dal SARS-CoV-2 ha comportato un gravoso impegno per il personale sanitario. Non solo legato all'aumento del carico di lavoro, ma anche ai timori di contagio per se stessi e i familiari, al lavorare con nuovi protocolli che cambiano frequentemente, alla talora incerta disponibilità di dispositivi di protezione personale (DPI) o al loro continuo cambiamento, con conseguente necessità quotidiana di capire come usare al meglio un diverso modello di tuta o dispositivo, all'assistenza a pazienti molto malati e rapidamente aggravantisi e al prendersi cura dei colleghi contagiati da COVID-19. Senza dimenticare la comunicazione con i familiari dei ricoverati, affidata quasi sempre a un telefono per via del divieto di accesso in ospedale e reso più complicato dai DPI e dal poco tempo. I medici e il personale sanitario sono stati e sono tutt'ora lavoratori ad alto rischio di esposizione lavorativa.

Durante l'emergenza le aziende sanitarie e anche organizzazioni private hanno messo a disposizione di medici e personale sanitario vari tipi di supporto psicologico. È difficile conoscere i numeri e gli esiti degli interventi. Di sicuro l'esigenza primaria di molti sanitari nelle settimane più critiche e a più intenso lavoro è stata quella di staccare appena possibile, rimandando il momento di affrontare le sofferenze. Sarà necessario offrire supporto continuo nel tempo a tutto il personale affinché le esperienze possano essere elaborate per qualche tempo dopo la fase più difficile di questa pandemia.

Oggi la trasmissione del virus SARS-CoV-2 si è notevolmente ridotta tanto da far allentare le misure restrittive imposte dal governo dal febbraio al maggio 2020. E nonostante tra la popolazione si siano modificati gli atteggiamenti e mitigate le paure, lo strascico di incertezza lasciato su quel che verrà non impedisce ai più di riprendere le abitudini sociali. Diverso per i sanitari tra i quali rimane la percezione del rischio incombente per se stessi – esteso, di conseguenza, ai congiunti e conviventi.



Che cosa possiamo dire su come l'emergenza pandemica SARS-CoV-2 ci ha trovati?

COVID-19 è giunta in Italia e nel mondo come un fulmine a ciel sereno. Tuttavia, sulla esperienza della epidemia di SARS degli anni 2002-2003 sia l'OMS che i singoli Paesi avevano redatto documenti programmatori per fronteggiare future epidemie/pandemie. Citiamo i documenti dell'OMS 2005 e in Italia dal 2006 atti programmatori dello Stato italiano, in particolare il "Piano Nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" pubblicate a febbraio 2006 dal Ministero della salute¹. Come spesso accade agli atti programmatori non sempre seguono documenti attuativi, quelli che per loro natura devono essere dettagliati, operativi e calati nelle specifiche realtà.

Il contesto della nostra regione deve tener conto dei 7 lunghi anni di piano di rientro, dal 2010-2017, in cui tutti gli sforzi si sono focalizzati sulla riduzione: delle spese, dei posti letto per acuti e della dotazione di personale in Sanità. Anni da cui il sistema sanitario regionale nel suo insieme è uscito sofferente. Contestualmente al piano di rientro ci sono stati accorpamenti di ASL e ASO nella provincia di Torino: prima la nascita della "Città della Salute e della Scienza", poi la nascita di una nuova "ASL Città di Torino", unica ASL cittadina frutto della fusione delle due preesistenti ASL di Torino, a loro volta reduci da precedenti accorpamenti mai compiutamente attuati.

Molti colleghi sono stati e sono profondamente provati da quell'esperienza e molti lo sono al pensiero di potersi ritrovare in pochi mesi a lavorare e vivere in simili condizioni. Nonostante ciò dobbiamo ricordare aspetti positivi e per certi versi anche esaltanti che potranno essere la base per un positivo cambiamento: massima flessibilità dei singoli, massima rapidità di decisione, riconoscimento del ruolo dei medici e sanitari, della loro competenza, disponibilità e capacità di adattamento sia clinico che organizzativo. E il riconoscimento del valore di un Sistema Sanitario Nazionale universalistico e solidale. Qualcuno ha definito la pandemia da SARS-CoV-2 una dirompente opportunità di sviluppo professionale e innovazione². Vogliamo crederci.

2. PMID: 32463591

^{1.} http://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioPubblicazioniInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=501

focus COVID-19 le interviste da ascoltare



La redazione dell'OMCeO di Torino ha raccolto una serie di interventi scientifici e istituzionali durante tutto il periodo dell'emergenza sanitaria ed anche nella fase successiva di controllo. Di seguito riportiamo i temi delle interviste realizzate dal gruppo comunicazione dell'OMCeO di Torino con l'indicazione del QR code per la versione online*. Le interviste sono state pubblicate originariamente (e alcune per esteso) sul sito di aggiornamento www.torinomedica.com.

*è sufficiente inquadrare l'immagine QR code con l'app di riferimento per la lettura dei QR code del proprio dispositivo mobile per essere indirizzati alla piattaforma www.torinomedica.com.





Roberto Venesia, medico di famiglia e segretario regionale del sindacato FIMMG 22 aprile 2020

Un potenziamento e una riorganizzazione della medicina territoriale per contrastare l'epidemia in una dimensione corretta. Mezzi, procedure e farmaci efficienti ed efficaci per combattere il virus sul territorio, ora e se dovesse ripresentarsi. Mai più improvvisazioni.



Chiara Rivetti, segretario regionale piemontese del Sindacato dei medici ospedalieri ANAAO

30 aprile 2020

Pandemia fuori controllo in Piemonte. Organizzazione degli ospedali deficitaria, DPI ancora scarsi. Da inizio marzo una battaglia disperata di medici e infermieri, con troppi errori e troppi morti. Una situazione per fortuna in lenta evoluzione positiva. Ma ancora molte difficoltà e poche certezze, anche terapeutiche. Quali azioni intraprendere?



Rosario Maria Gianluca Valastro, vicepresidente nazionale Croce Rossa Italiana *3 maggio 2020*

Essere ovunque per chiunque. È questo lo spirito che anima i tantissimi volontari della Croce Rossa che ogni giorno si mobilitano per raggiungere chi ha bisogno, impegnati nei trasporti sanitari e nella distribuzione di beni di prima necessità. La redazione ha voluto raccogliere anche la loro voce in questo momento di emergenza sociale.



Gilberto Fiore, presidente della sezione regionale Piemonte-Valle d'Aosta di AAROI-EMAC, Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani-Emergenza Area Critica *7 maggio 2020*

Le prime settimane di pandemia: una lotta disperata nelle terapie intensive, con posti carenti e personale ridotto da decenni di cattiva politica e programmazione sanitaria. I medici e gli infermieri da soli contro il virus, con la sensazione di essere abbandonati e traditi dal sistema. Ora che la prima ondata è passata, che cosa si dovrebbe fare per riorganizzare e rendere più efficiente il sistema delle terapie intensive in Italia e perché non torni mai più lo spettro di dover scegliere chi curare?



Fernando Muià, segretario provinciale SUMAI

18 maggio 2020

Il punto sui problemi organizzativi, i modelli relazionali e le competenze igienico-sanitarie di aziende e organizzazioni.



Gian Luigi D'Agostino, presidente CAO OMCeO Torino e tesoriere nazionale FNOMCeO 25 maggio 2020

Le professioni sanitarie sono le più esposte al contagio e nello stesso tempo possibili veicoli di infezione. Tutte si stanno organizzando per poter operare al meglio. Le riflessioni e le iniziative intraprese dalla professione odontoiatrica.



Guido Regis, vicepresidente OMCeO Torino

6 giugno 2020

Difficoltà organizzative, prospettive per il futuro e nuovi scenari per un cambiamento reale e sostenibile.



Giovanni Di Perri, docente di UniTo, direttore della struttura Malattie Infettive dell'ospedale Amedeo di Savoia di Torino e componente della Task force della Regione Piemonte

16 giugno 2020

La diffusione del virus SARS-CoV-2 sembra diminuire ogni giorno di più, le regole restrittive vanno via via attenuandosi, sono cadute le barriere tra Regioni e anche quelle tra gli Stati, se pur con regole differenti. Molti dubbi e curiosità restano sulla pandemia e sulle caratteristiche del virus.



Guido Giustetto, presidente OMCeO della Provincia di Torino

4 luglio 2020

La pandemia nel nostro Paese sta allentando la sua morsa e le misure di distanziamento sociale e di protezione individuale hanno nel loro complesso funzionato molto bene. L'OMS si è complimentata con l'Italia per essere riuscita prima a contenere il numero dei contagi e poi a invertire l'andamento dell'epidemia.



Ferruccio Fazio, medico nucleare, già Ministro della Salute nel IV governo Berlusconi, dal 2008 al 2011 sindaco di Garessio, presidente della Task Force della Regione Piemonte 13 luglio 2020

La pandemia di SARS-CoV-2 ha profondamente segnato il nostro Paese e ha messo in luce molte criticità di tipo organizzativo sul versante sanitario, oltre a profonde contraddizioni nel tessuto sociale ed economico. Dopo i primi mesi di disorientamento in cui il sistema sanitario piemontese ha rischiato di essere sopraffatto sia nella sua componente di ricovero che in quella di prima diagnosi e intervento, con difficoltà nel tracciamento dei positivi e dei contatti, dalla fine di aprile si è insediata la Task Force voluta dall'Assessore alla Sanità Luigi Icardi.



Giancarlo Isaia, specialista in Endocrinologia, Medicina Interna e Medicina Nucleare - Dipartimento di Scienze Mediche UniTo, presidente dell'Accademia di Medicina di Torino e della Fondazione Osteoporosi o.n.l.u.s.

15 luglio 2020

L'Accademia di Medicina di Torino venne chiamata più volte nella sua secolare storia a fungere da consulente per i temi sanitari e di salute pubblica dello Stato, e anche in occasione della pandemia da coronavirus, evento drammatico che ha sorpreso i sistemi sanitari di tutto il mondo, si è interrogata su quale potesse essere il suo contributo.

IL BIAS DEL PREGIUDIZIO COGNITIVO AL TEMPO DELLA PANDEMIA DA COVID-19

Redazione Torino Medica

25 maggio 2020

La pandemia di COVID-19 che si è diffusa in tutto il mondo dall'inizio del 2020 ha acceso l'attenzione sulle scelte di comunicazione applicate in contesti differenti e sui risultati ottenuti. Scienziati e governi di tutto il mondo si sono trovati ad affrontare – spesso impreparati – una comunicazione di crisi assolutamente fuori dal comune. La pandemia, infatti, ha presentato diversi messaggi e nuovi contesti da analizzare.

La situazione di emergenza ha messo in luce la fatica degli Stati Uniti e degli altri governi nell'inviare messaggi ufficiali, coordinati e coerenti. In particolare negli Stati Uniti, il presidente Donald Trump ha contestato spesso i governatori e sminuito il ruolo dei media e della scienza. Alcuni Stati, più vicini ai repubblicani, hanno prediletto un approccio comunicativo che salvaguardasse l'economia. Altri, invece, hanno messo al primo posto la salute promuovendo la social-distancing e lo "stay at home". I funzionari dei Centri statunitensi per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC), la Task Force Coronavirus della Casa Bianca e altri esperti sanitari si sono concentrati sulla diffusione di un messaggio orientato alla salute pubblica: lavaggio delle mani, pulizia delle superfici, uso di mascherine e distanza sociale.

È probabile che i cittadini statunitensi abbiano ripetutamente recepito entrambi i messaggi – quelli sulla dimensione economica della crisi da una parte e quelli sulla salvaguardia

La situazione di emergenza ha messo in luce la fatica degli Stati Uniti e degli altri governi nell'inviare messaggi ufficiali, coordinati e coerenti



torinomedica.com



della salute pubblica dall'altra – da quando la pandemia è stata dichiarata emergenza nazionale il 13 marzo 2020. Sulla base del discorso dei media americani, queste considerazioni opposte sono state probabilmente messe in competizione tra loro nella mente della maggior parte dei riceventi.

Aaron Deslatte, della Bloomington University in Indiana, ha svolto uno studio sui quadri comunicativi al tempo della pandemia. Questo studio presenta i risultati di un'indagine sperimentale nel corso della quale le informazioni sulla salute pubblica relative a COVID-19 sono state trasmesse a gruppi di adulti statunitensi.

Lo studio, condotto da ricercatori in scienze politiche, psicologia e pubblica amministrazione, ha identificato gli effetti dell'inquadramento ("framing effect"), in cui i destinatari traggono conclusioni diametralmente opposte su una problematica o un'iniziativa politica basandosi sulla ricezione di considerazioni sostanzialmente distinte riguardanti la tematica.

Si ipotizza innanzitutto che i messaggi orientati alla salvaguardia della salute pubblica includano, vedendoli positivamente, gli imperativi sulla distanza sociale. Nella seconda ipotesi invece, con messaggi provenienti da esperti e scienziati, che inviano messaggi con toni negativi orientati a salvaguardare la salute pubblica.

Il campione di intervistati (reperiti online) è stato costruito in modo da rispecchiare il più possibile le reali proporzioni della demografia americana (etnia, sesso, scolarizzazione, occupazione ecc.), reclutando gli intervistati con sede negli Stati Uniti su due ondate (mattina e sera) in 24 ore, così da coprire anche un'ampia fascia geografica.

Prima dell'intervista a una parte dei rispondenti (il gruppo economico) sono stati fatti vedere messaggi con immagini e conferenze stampa di autorità e scienziati che invitavano alla prudenza e alla distanza sociale. A un secondo gruppo di intervistati (gruppo salute pubblica), invece, hanno mostrato gli stessi messaggi ma senza le immagini. I partecipanti sono stati poi invitati a rispondere a un questionario sulle loro decisioni in merito a quelle che credevano le migliori

iniziative per non diffondere il contagio di COVID-19. Il risultato sembra mostrare che un messaggio inquadrato nel frame della salute pubblica è in grado di influenzare maggiormente le scelte dei cittadini.

In conclusione l'analisi suggerisce che i messaggi a favore della salute pubblica ottengano una partecipazione e un cambiamento di abitudini a favore della distanza sociale maggiore rispetto a quelli inquadrati nel frame della crisi economica. I cittadini che ricevono inviti al distanziamento sociale in favore della salute pubblica, infatti, eviteranno maggiormente interazioni e spostamenti inutili.

Tuttavia questo studio risulta essere carente, poiché non tiene conto di diversi fattori caratteristici della popolazione americana. La ricerca è stata ad esempio avviata quando era già stato annunciato il lockdown, quindi quando i cittadini erano già stati saturati dai messaggi e dalle informazioni relative al distanziamento sociale, ai dispositivi di protezione individuale ecc. I risultati potrebbero quindi essere stati falsati dai messaggi che i rispondenti hanno ricevuto nelle settimane precedenti l'esperimento.

Probabilmente in un periodo non caratterizzato dall'emergenza pandemica, infatti, questa ricerca avrebbe avuto dei risultati diversi. In fase di progettazione lo studio non ha previsto un gruppo di intervistati che non avesse ricevuto nessun tipo di informazione a proposito della pandemia da COVID-19, questo probabilmente perché in una situazione di emergenza pandemica come quella in atto non era realistico pensare di reperire un gruppo totalmente "ignorante" sull'argomento.

Lo studio, infine, non prende in considerazione l'identità di parte dei cittadini americani: gli studi successivi a questa ricerca stanno infatti indagando sull'appartenenza a un partito o all'altro e la conseguente interpretazione di messaggi riguardanti la salute pubblica e COVID-19. La natura "iper-partigiana" del discorso politico americano e la conseguente sfiducia nelle competenze scientifiche e amministrative continueranno a essere un argomento di estrema importanza per gli studi in corso.

L'analisi suggerisce che i messaggi a favore della salute pubblica ottengano una partecipazione e un cambiamento di abitudini a favore della distanza sociale maggiore rispetto a quelli inquadrati nel frame della crisi economica. I cittadini che ricevono inviti al distanziamento sociale in favore della salute pubblica, infatti, eviteranno maggiormente interazioni e spostamenti inutili





LA CURA DEL CANCRO AI TEMPI DI COVID-19

A cura de Il Pensiero Scientifico editore

7 maggio 2020

"La pandemia ha trasformato la cura del cancro in ogni aspetto, qualche che sia il trattamento adottato, che il paziente sia ricoverato o meno, o quale che sia l'intento, dal radicale al palliativo". Lo dichiara l'oncologo britannico James Spicer alla giornalista Susan Mayor, che su *The Lancet Oncology* (1) racconta la ricerca del difficile equilibrio tra il rischio di COVID-19 per i malati di cancro, e per chi li assiste, e le necessità di proseguire le cure.

Nel Regno Unito come in tanti altri paesi, fra i sanitari si registrano alti tassi di malattia e di autoisolamento (per contatti con un contagiato), che stanno riducendo drasticamente il numero di operatori disponibili. Il che avrebbe già reso difficile garantire un'assistenza adeguata, se non fosse per altri effetti della pandemia – in sé non certo desiderabili – come il posponimento di alcune terapie per considerazioni di sicurezza, o la ricollocazione del personale da altri reparti o dai laboratori che sono stati chiusi.

I team oncologici di molti paesi stanno riorganizzando le modalità di cura per minimizzare i rischi per operatori e malati. Quando possibile si cerca per esempio di applicare chemio o radioterapie in dosi più intense per ridurre il numero di sessioni in ospedale; a patto ovviamente che la maggiore tossicità spesso prodotta da questi regimi sia tollerabile e non infici il beneficio.

A Singapore, facendo tesoro dell'esperienza maturata con la SARS, i team di uno stesso reparto si sono divisi in due gruppi con contatti minimi fra loro, così che uno possa continuare a lavorare se nell'altro c'è un'infezione. In vari paesi si stanno dedicando centri specifici alle cure oncologiche, separati dagli ospedali per malati di Coronavirus. E ovunque, come raccomandato dalla European Society for Medical Oncology e da altre società scientifiche, gli incontri online o telefonici stanno sostituendo quelli di persona, sia tra colleghi sia con i pazienti; una novità che impone un grosso sforzo di cambiamento nelle interazioni con i pazienti, ma che i medici stanno in genere accogliendo bene. E che potrebbe lasciare il segno anche dopo la crisi. "Secondo gli specialisti, le nuove pratiche che alle valutazioni d'impatto risulteranno più efficaci saranno mantenute, cambiando in permanenza il modo di lavorare in oncologia", scrive Mayor.

Un caso ancor più delicato è quello degli anziani, ancora più a rischio degli altri pazienti oncologici in caso di infezione, le cui cure devono muoversi sul difficile crinale tra l'eccesso di rischio da Coronavirus e il rischio di sottotrattamento. Su questo tema riflette un gruppo di oncologi geriatrici guidato da Pierre Soubeyran, dell'Institut Bergonié dell'Università di Bordeaux, sempre su *The Lancet Oncology* (2).

Soubeyran sottoscrive appieno le linee guida ufficiali adottate in Francia (3) per proteggere i malati di cancro dal nuovo coronavirus, redatte da un team di oncologi su inca-

torinomedica.com



I team oncologici di molti paesi stanno riorganizzando le modalità di cura per minimizzare i rischi per operatori e malati. Quando possibile si cerca per esempio di applicare chemio o radioterapie in dosi più intense per ridurre il numero di sessioni in ospedale

rico del governo, e promuove le misure ivi previste, basate su barriere al contagio, riduzione il più possibile dei ricoveri ospedalieri, e massima cautela nell'iniziare o proseguire le terapie.

Quanto agli anziani, scrive, "in una situazione senza precedenti, la scelta tra proseguire tal quali i trattamenti standard (spesso basati su scarsi dati di letteratura) e un cauto primum non nocere solleva molti interrogativi e preoccupazioni etiche". Le decisioni vanno basate sulla situazione personale di ciascun paziente, preferendo di massima le terapie che danneggiano meno il sistema immunitario rispetto a quella standard (per esempio la terapia endocrina anziché la chemioterapia). Una terapia cauta, d'altra parte, va preferita anche alla rinuncia al trattamento, che potrebbe portare a un futuro eccesso di morti per cancro. "In questi casi, l'ideale è consultarsi con un geriatra. Così potremo evitare un sottotrattamento, spesso erroneamente dettato dalla sola età del malato, e giungere alle decisioni appropriate ed equilibrate che il nostro paziente merita", conclude Soubeyran.

Bibliografia

- Mayor S, COVID-19: impact on cancer workforce and delivery of care. Lancet Oncol 2020; 21: 633. Epub 2020 Apr 21.
- Mourey L, Falandry C, de Decker L, et al. Taking care of older patients with cancer in the context of COVID-19 pandemic. Lancet Oncol 2020; 21: e236. Epub 2020 Apr 14.
- 3. You B, Ravaud A, Canivet A, et al. *The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection*. Lancet Oncol 2020 Mar 25.





LINGUAGGIO E COVID-19.

LA FORMA DELLA LONTANANZA

Redazione Torino Medica

16 aprile 2020

Stiamo ancora cercando di capire come dare a questi pazienti una buona morte. Guardare i pazienti trascorrere i loro giorni isolati e soli è devastante. Come possiamo prenderci cura efficacemente dei pazienti con COVID-19 proteggendo noi stessi, i gli altri pazienti e le nostre comunità da un'ulteriore diffusione virale?

Queste sono solo alcune delle riflessioni quotidiane degli operatori sanitari in prima linea che spesso si trovano in una condizione di dissonanza emotiva molto forte.

Un articolo del New England Journal of Medicine ci racconta i dubbi e le difficoltà dei professionisti sanitari sospesi tra la paura del contagio e l'importanza del contatto.

Al centro della questione che coinvolge i dubbi degli operatori e le procedure obbligate del sistema di cura c'è il nodo cruciale del processo comunicativo. Inceppato e interrotto. Come cambia oggi il frame della comunicazione nella nuova ritmica del contattocontagio?

Partiamo da un'osservazione generale sul linguaggio d'uso con cui oggi si gestiscono le relazioni private, le comunicazioni istituzionali, le informazioni professionali.

"Raccomandiamo anzitutto l'uso di un linguaggio adatto alla gente in tutti i canali di comunicazione, compresi i media, un linguaggio che sia rispettoso delle persone e che possa essere facilmente recepito. Le parole usate nei media sono particolarmente importanti, perché daranno forma al linguaggio popolare e alla comunicazione sul nuovo coronavirus (COVID-19). Espressioni negative nel racconto della malattia hanno il potenziale di influenzare il modo in cui poi sono percepite e trattate le persone che si pensa possano avere il nuovo coronavirus (COVID-19) e cioè i malati, le loro famiglie e le comunità colpite dal virus. Ci sono molti esempi concreti di come l'uso di un linguaggio inclusivo e di una terminologia meno stigmatizzante possano contribuire a controllare epidemie e pandemie, come nel caso dell'HIV, della TB e dell'influenza H1N1".

Questo passaggio è incluso nel documento "Social Stigma associated with COVID-19" prodotto da IFRC (International Federation of Red Cross, and Red Crescent Societies), Unesco e WHO.

COVID-19 crea stigma. Genera isolamento. Produce degli schieramenti, delle polarizzazioni: vincitori e vinti, eroi e spettatori. Condizione di stigmatizzazione linguistica e uso di modelli espressivi legati al mondo militare sono due caratteristiche ricorrenti del frame COVID-19.

Già nel 1934, il British Medical Journal scrisse della «Guerra contro il cancro», un'espressione che poi è diventata di uso comune. E ancora oggi è come una stereotipia verbale concordata e codificata.

COVID-19 crea stigma. Genera isolamento. Produce degli schieramenti, delle polarizzazioni: vincitori e vinti, eroi e spettatori



La distanza non è qui solo una misura dello spazio ma è innanzitutto una rivoluzione del paradigma di relazione di cura che può entrare in crisi: perché si assottiglia il discorso, si riduce il campo semantico, si impone l'essenzialità, si attiva da subito la paura della comprensione e della difficoltà dell'ascolto

A questo proposito si pronuncia il linguista Claudio Marazzini: "Avrà ragione chi [ndr] stigmatizza le metafore belliche come "miseria del nostro immaginario"? Forse sì. Ma come si può pensare alla mobilitazione (di nuovo lessico militare) della gente senza usare un linguaggio allarmante e allarmato? La rinuncia al linquaggio bellico e bellicoso non è forse frutto di un'utopia, seppure ispirata a un sentimento lodevole quanto aristocratico, un sentimento che rischia di essere moralmente ineccepibile, quanto poco efficace sul piano pragmatico? Il problema è comunque interessante: una specie di questione del "linguaggio politicamente e moralmente corretto in tempi di pandemia. Una nota: pandemia non spaventa più di epidemia, contrariamente alle mie ipotesi iniziali. Infatti la maggior parte degli italiani non coglie affatto il significato greco di "pan-". (Risvolti linguistici di un virus. Accademia della Crusca).

Ma allora quali potranno essere i punti più difficili della nuova comunicazione sanitaria? E quali le caratteristiche più forti? Per provare a focalizzare alcuni nodi critici proviamo a considerare come esempio la complessa questione della distanza nel linguaggio: il parlare a distanza e della distanza. Cioè l'ingresso di una misura di spazio come misura specifica della comunicazione d'uso. Parlare a distanza implica un notevole cambiamento dell'organizzazione linguistica in base allo spazio, al canale e al messaggio.

Ma anche se i gradi della distanza sono diversi, diventa una unità di misura precipua. Una regola di stile.

Parlare a distanza (da remoto) implica per esempio la necessità di essere visibili all'ascolto, di un lessico semplice ma ad alta carica emotiva. Devo personificare lo spazio e dare un'identità sonora forte che colmi il vuoto tra emittente e destinatario. Inoltre COVID pone in luce una distanza imposta, ratificata per legge. Cioè una sorta di legge che sanziona la presenza a favore della lontananza. Si possono sviluppare una serie di caratteristiche del linguaggio della lontananza -forzata- fatta di sentimenti di appartenenza, di elementi ritmici più marcati, di parole affetto più frequenti. Non evocazione ma necessità di toccare con la lingua.

Un linguaggio corposo appunto, più marcatamente sentimentale. Che allude a un incontro che procede per differimenti. Ma il linguaggio può anche abitare la distanza come protezione. E cioè diluirsi, amalgamarsi progressivamente a uno stile neutro, riservato e comodo nell'interdizione.

Ma quando la distanza imposta è rafforzata da device e strumentazione? E quando si insinua nell'intimità della cura tra medico e paziente?

La distanza non è qui solo una misura dello spazio ma è innanzitutto una rivoluzione del paradigma di relazione di cura che può entrare in crisi: perché si assottiglia il discorso, si riduce il campo semantico, si impone l'essenzialità, si attiva da subito la paura della comprensione e della difficoltà dell'ascolto.

La distanza è quindi tra corpi ma si insinua nelle parole che sembrano esse stesse ricettacoli virali.

La parola di cura ai tempi di COVID va ripensata. Va a tutti gli effetti rianimata perché sono saltati i riferimenti oggettuali, le regole di base della grammatica del di-

focus COVID-19



scorso, i ruoli della conversazione. I media infatti sono arrivati a parlare di "distanziamento sociale" in una fase molto avanzata del dibattito su Covid perché chi maneggia gli strumenti di comunicazione è consapevole del fatto che pronunciare la distanza significa poi agirla emotivamente.

E così per il rapporto di cura – dove distanza è disorientamento – sono saltati gli indici referenziali sul mondo. Oggi per esempio l'atto linguistico più efficace nella conversazione terapeutica "io ti curo" non è più potente perché produce un effetto sulla realtà ma perché ratifica – al netto del riferimento alla realtà e al risultato – un patto di fiducia e di affidamento. "Distanza/distanziamento sociale. La distanza sociale è quella che si rispetta ordinariamente fra sconosciuti, e che la → prossemica distingue dalla più ampia distanza pubblica e dalle inferiori distanza

personale e distanza intima. Il distanziamento sociale è invece l'obiettivo che si ottiene con i provvedimenti di \rightarrow isolamento o \rightarrow lockdown, con l'auspicio di un \rightarrow contenimento del \rightarrow contagio.

Non tutti hanno potuto scegliere con chi e da chi distanziarsi. Ci si chiede quali effetti sortirà il distanziamento, nei tempi almeno medi presumibilmente richiesti per il contenimento. Allungare la mano offrendo la stretta, prendere sottobraccio, battere una spalla, accostarsi per un selfie assieme, sfiorarsi in una coda o in un mezzo pubblico: era qualcosa di più che normale (→ normalità). Ora ad aumentare, oltre alla distanza, è il suo stesso valore." (Stefano Bartezzaghi, Doppiozero)

Ripensare dunque il lessico per priorità. Questa un possibile punto di partenza per provare a delineare una nuova riflessione sul linguaggio dopo COVID-19.



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle Medicine non Convenzionali, possedendo i requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 13 del 25 giugno 2015.

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 43° anno di attività, è abilitata, quindi, a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia, avendo l'accreditamento valenza nazionale. L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario di II livello con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento, gli iscritti saranno esonerati dal debito formativo annuo di 50 crediti.

Il C.S.T.N.F. ha ottenuto nel 2019 il **Patrocinio dell'Ordine dei Medici** di Torino.

Il **programma didattico** sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche.** Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica.**

Il CSTNF è convenzionato con l'Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino, Cina per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. A partire dal 2019 ha iniziato la collaborazione con la Zhejiang Chinese Medical University di Hangzhou, Cina.

Tutti i diplomati sono inseriti nel Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana Società Agopuntura), consultabile sull'app MyAgopuntura.

In qualità di Provider ECM n° 820 il C.S.T.N.F. ha finora organizzato 215 edizioni di eventi ECM.

CONTAGIO: UN APPROCCIO NARRATIVO PER COMPRENDERE L'IMPATTO PSICOLOGICO E SOCIALE DELLA PANDEMIA

Redazione Torino Medica

15 luglio 2020

"Contagio", come riporta CancerWorld, sembra ormai una parola obsoleta nell'ambito medico. Le malattie trasmissibili non sono più descritte come "contagiose": sono "infettive", e "infettivi" sono gli agenti esaminati e studiati dai ricercatori oggi. Contagio è un termine che ricorda il passato, la storia della medicina. Parlare e scrivere di contagio evoca le pareti ammuffite di antichi sanatori, voci lamentose in corridoi scarsamente illuminati di ospedali, taumaturghi che interrogano la Luna e le stelle per scoprire cause ed esiti epidemici.

I termini "contagio" e "contaminazione", però, possono anche veicolare un senso positivo. Le scienze umane hanno infatti, da tempo, sottolineato l'importanza del *contagio creativo* in relazione a idee, letteratura, cultura.

In Italia – il primo Paese dopo la Cina a essere pesantemente colpito dal nuovo coronavirus – al diffondersi del contagio, l'incredulità e la confusione causata dall'incertezza si sono scatenati. Una prima tempesta di disinformazione – si affermava che COVID-19 fosse semplicemente un'influenza stagionale, o che le medicine avrebbero potuto curarla o prevenirla – si è lentamente smorzata, lasciando dietro di sé paura, ansia e panico.

Oltre al "danno biologico" dell'infezione, in una situazione di questo genere devono essere valutati gli effetti a livello sociale e psicologico che si manifestano o potrebbero manifestarsi nella popolazione, fornendo strumenti per aiutare ad affrontare questa nuova insidiosa minaccia per la salute.

Il contagio, infatti, non è semplicemente un fatto individuale: il problema sta nelle sue dimensioni. Con i dibattiti scatenati ad esempio dalle incertezze che circondano mascherine e guanti, e i paragoni sull'efficacia di alcol, gel alcolici e sapone per il lavaggio delle mani, i benefici scientifici acquisiti dai concetti fondamentali come l'igiene potrebbero perdersi nell'oscurità epistemica che caratterizza la società postmoderna.

I danni psicologici causati dalla pandemia di COVID-19 saranno complessi e duraturi. Oltre a ciò che può essere descritto in termini di "ansia" e "attacchi di panico", una nuova epidemia si profila all'orizzonte e questa volta riguarda uno stato psicologico. Il suo nome è familiare ai veterani di guerra, e anche agli oncologi: la sindrome da stress post-traumatico (PTSD, Post-Traumatic Stress Syndrome).

Le malattie potenzialmente letali sono state riconosciute come condizioni di stress che possono far precipitare nel dramma della PTSD – una sindrome che porta a sintomi come ricordi ricorrenti e indesiderati dell'evento traumatico, flashback, perdita del sonno, grave disagio emotivo, disturbi comportamentali, autolesionismo fino al suicidio, pensieri e atti antisociali. La PTSD può essere letale al pari di molte altre malattie, e il rischio di avere una causa/effetto di stress così diffusa tra la popolazione nazionale è evidente. Gli operatori

Con i dibattiti scatenati ad esempio dalle incertezze che circondano mascherine e guanti, e i paragoni sull'efficacia di alcol, gel alcolici e sapone per il lavaggio delle mani, i benefici scientifici acquisiti dai concetti fondamentali come l'igiene potrebbero perdersi nell'oscurità epistemica che caratterizza la società

postmoderna

focus COVID-19



La PTSD può essere letale al pari di molte altre malattie. e il rischio di avere una causa/ effetto di stress così diffusa tra la popolazione nazionale è evidente. Gli operatori sanitari. i sopravvissuti, i parenti delle vittime di COVID-19 e gli operatori del servizio pubblico sono tra i più a rischio

sanitari, i sopravvissuti, i parenti delle vittime di COVID-19 e gli operatori del servizio pubblico sono tra i più a rischio. Lo stato precario di molte economie nazionali, che si trovano ad affrontare un'imminente crisi economica con conseguenti perdite di lavoro e benessere, può portare questo fattore di stress ad agire su un numero molto elevato di persone, deteriorando anche condizioni altrimenti stabili.

La pandemia porta a nuove domande. Come sarà il mondo dopo questa nuova malattia? Come possiamo gestire il passaggio dal lockdown totale a misure meno restrittive di contenimento? Come possiamo raggiungere e trattare il disagio mentale?

Per rispondere a queste domande – o almeno affrontarle in maniera organica – bisogna reclutare discipline confinanti con quella della psicopatologia, ad esempio la filosofia e le sue sotto-discipline. I filosofi mirano a mostrare come il contagio sia un "concetto totale" in senso antropologico. Mentre la malattia è un fatto biologico, l'esperienza di essa è chiaramente soggettiva. Gli scienziati potrebbero essere tentati di concentrarsi su biochimica, virologia e immunologia. Ma nel momento in cui lo fanno in maniera esclusiva, letteralmente non stanno prendendo in considerazione il mondo che si configura nella mente dei pazienti che, durante la malattia, stanno probabilmente vivendo la lotta in corso nei loro corpi in un modo non strettamente biologico.

La spinta alla conoscenza e la speranza per un futuro migliore sono valori che, ora più che mai, dovrebbero guidare non solo le azioni e gli studi dei medici di tutto il mondo, ma anche i contributi interdisciplinari di filosofi e discipline umanistiche. Dovremmo mirare, ora più che mai, a colmare il divario tra medico e paziente.





MONITORAGGIO DELLA DIFFUSIONE DELLA DISINFORMAZIONE SUL COVID-19

A cura di Virginia Padovese e Kendrick McDonald

Pubblicato su NewsGuard¹ 5 maggio 2020

Due estratti dal sito di monitoraggio giornalistico NewsGuard², da tempo impegnato nella lotta alla disinformazione online, che danno una prospettiva rapida ma esaustiva di ciò che si intende quando si parla di infodemia relativa all'emergenza pandemica scatenata da SARS-CoV-2. In seguito alla pubblicazione di queste indagini, molte delle pagine che diffondevano informazioni fuorvianti sul nuovo coronavirus sono state chiuse dalle piattaforme di social networking che le ospitavano.



Mentre il virus del COVID-19 si sta diffondendo in tutto il mondo, NewsGuard sta monitorando le principali bufale sulla pandemia che circolano in rete e le decine di siti che pubblicano informazioni false o fuorvianti sul virus.

Di seguito aggiungiamo alle nostre analisi un nuovo studio incentrato non sui singoli siti o sulle singole notizie false, ma sulle pagine Facebook che pubblicano, condividono e amplificano la disinformazione sul COVID-19, come le false cure, o le teorie del complotto sull'origine del virus. Disponibili sul sito di NewsGuard dati simili per altre piattaforme, come Twitter e YouTube.

In questa analisi, abbiamo identificato 10 pagine Facebook che sono risultate essere dei "super-diffusori" di disinformazione relativa al COVID-19 per l'elevatissimo numero di follower che hanno: queste pagine, infatti, nel loro insieme raggiungono 5.482.698 utenti.

Per fare un confronto, la pagina Facebook di RaiNews ha circa 500.000 follower, un quarto rispetto agli oltre due milioni di follower di Semplicemente Charlie, una delle pagine che compare nel nostro elenco.

Secondo l'analisi di NewGuard, le 10 pagine elencate qui di seguito, visto l'elevato numero di persone che le seguono, hanno contribuito significativamente alla diffusione della disinformazione sul COVID-19 condividendo gli articoli

^{1.} https://www.newsguardtech.com/it/super-diffusori-in-italia/

^{2.} https://www.newsguardtech.com/it/chi-siamo/faq-su-newsguard/

focus COVID-19 infodemia

pubblicati da due siti: ViralMagazine.it e FanMagazine.it. Entrambi questi siti sono stati valutati 'rossi' da NewsGuard, ovvero non rispettano i criteri fondamentali di credibilità e trasparenza³.

NewsGuard ha trovato molti altri siti italiani che hanno condiviso disinformazione sul COVID-19. Nonostante gli sforzi annunciati da Facebook per arginare il problema, queste pagine continuano indisturbate a pubblicare una evidente disinformazione sul COVID-19, in apparente violazione delle regole sui contenuti della piattaforma stessa.

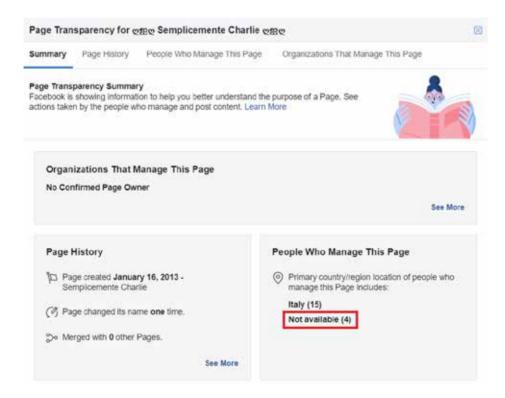
Le pagine di Facebook incluse in questo elenco sembrano anche servirsi di pratiche ingannevoli. Tutte e 10 hanno nomi che non riflettono il contenuto dei loro post, o si descrivono ai loro follower in modo fuorviante. Ciò significa che probabilmente si sono costruite un pubblico descrivendosi in modo attraente per un ampio numero di utenti Facebook e poi, più recentemente, hanno iniziato a offrire al loro pubblico contenuti falsi e fuorvianti, anche sul CO-VID-19. In questo modo, qualsiasi monitoraggio da parte di Facebook della disinformazione sul COVID-19, basato sui nomi delle pagine o sulle loro descrizioni, difficilmente arriverà a controllare i contenuti di queste pagine.

Alcuni esempi: Luxury Fashion si presenta come una pagina dedicata alla moda; Una favola nel Cuore sostiene di essere una pagina "per bambini e ragazzi"; e ll mondo di Nelly si descrive come la pagina di un'appassionata di "cibo, moda e creatività". Tutte e tre queste pagine pubblicano regolarmente anche contenuti di politica e salute, che nulla hanno a che fare con gli argomenti indicati.

Ognuna delle pagine Facebook elencate qui di seguito ha pubblicato ripetutamente informazioni false su COVID-19, condividendo le stesse notizie false più di una volta. Ad esempio, un articolo di FanMagazine.it che afferma falsamente che il limone e l'acqua calda possano curare il COVID-19 è stato condiviso da una di queste pagine nove volte in 30 giorni.

NewsGuard ha anche scoperto che per tutti i post falsi esaminati, Facebook non ha fornito alcun avvertimento, fact-checking, o link a fonti più credibili, nonostante le recenti promesse della piattaforma di impegnarsi in questo senso. Nessuno dei post analizzati da NewsGuard ha ricevuto nemmeno avvisi da fact-checker esterni.

Da aggiungere che la proprietà di queste pagine Facebook è sconosciuta: la funzione 'Trasparenza' di Facebook, infatti, non fornisce per nessuna di esse informazioni sulla proprietà. Due di queste 10 pagine in lingua italiana sono gestite dalla Germania. Come si può notare dallo screenshot qui di seguito, le tre pagine con il maggior numero di follower sono gestite dall'Italia e da una posizione geografica che Facebook definisce "Non disponibile".



3. https://www.newsguardtech.com/it/valutazioni/processo-e-criteri-di-valutazione/



IN EUROPA, IL MOVIMENTO CONTRO L'USO DELLE MASCHERINE HA INIZIALMENTE TROVATO SPAZIO SU SITI DI DISINFORMAZIONE POCO CONOSCIUTI. ECCO COME SI È DI FATTO GUADAGNATO POPOLARITÀ.

A cura di Gabby Deutch - Tradotto da Virginia Padovese

Pubblicato su NewsGuard, Misinformation Monitor di agosto 2020¹

Negli Stati Uniti, i no-mask oppongono la libertà individuale alle regole imposte dal governo. Argomenti simili hanno iniziato a farsi strada anche in Europa, soprattutto in Germania. Una protesta dei no-mask ha visto la partecipazione di 20.000 persone a Berlino nel mese di agosto, facendo eco alle teorie del complotto contro l'uso delle mascherine e alla disinformazione che da mesi cresceva nel paese.

La manifestazione di Berlino è stata organizzata da un ramo di Querfront, un nuovo movimento nazionalista del quale fanno parte sia radicali di destra e di sinistra, sia complottisti, accomunati da una forte opposizione verso il governo e la sua risposta alla pandemia.

Il nome della protesta – "La fine della pandemia - Il giorno della libertà" – è un riferimento a un film di propaganda nazista, chiamato "Il giorno della libertà", realizzato nel 1935 dalla regista Leni Riefenstahl.

All'evento hanno partecipato circa 20.000 persone senza mascherina. Alcuni tweet in italiano hanno fatto riferimento alla manifestazione dando notizia di una partecipazione molto più alta. Un tweet, ad esempio, mostrava la foto di un evento del 2019 a Zurigo, con la didascalia "Berlino oggi". Un altro utilizzava una foto scattata a Berlino, ma nel 1999.

I dettagli

Già in aprile, quando le prime regolamentazioni sull'uso delle mascherine sono entrate in vigore, alcuni siti avevano iniziato a gettare le basi dell'ideologia no-mask, illustrando ipotesi pseudoscientifiche che i no-mask avrebbero successivamente utilizzato come dimostrazioni del fatto che le mascherine sono pericolose e dannose per la salute della persona, oltre a rappresentare una violazione dei diritti dei cittadini.

In un articolo pubblicato in gennaio sul sito francese Cogiito.com, considerato inaffidabile da NewsGuard, si legge: "le mascherine N95 sono INUTILI, il coronavirus entra nel corpo attraverso i bulbi oculari".

In febbraio un sito tedesco considerato inaffidabile da NewsGuard, Politaia.org, ha scritto che "la funzione protettiva delle mascherine non è solo controversa, ma è stata praticamente respinta".

In Italia, diversi siti di disinformazione hanno diffuso la falsa notizia che le mascherine sono peggiori della pandemia stessa. Molti di questi siti citano il ricercatore Stefano Montanari, il cui sito personale, ritenuto inaffidabile da NewsGuard, ha pubblicato informazioni false sulla pandemia.

Gli account di QAnon sui social media sia in Italia sia in Francia hanno incoraggiato i loro follower alla 'disobbedienza civile', invitandoli a non indossare le mascherine.

L'ideologia no-mask è stata ripresa anche da varie correnti politiche.

Perché dovremmo preoccuparcene

Le teorie pseudoscientifiche dei no-mask, inizialmente pubblicate in una serie di siti europei di disinformazione, hanno rapidamente preso piede tra chi sostiene teorie del complotto. Ora le stesse teorie hanno trovato seguito tra attivisti politici che ne hanno fatto una battaglia per la libertà. Sembra essere un messaggio persuasivo che non mostra segni di rallentamento.

^{1.} https://www.newsguardtech.com/it/misinformation-monitor-august/

focus COVID-19 comunicati stampa

RIPARTIRE IN SICUREZZA NELL'ATTIVITÀ SANITARIA

ORDINE DEI MEDICI E POLITECNICO AL LAVORO SULLE RACCOMANDAZIONI PER OPERATORI SANITARI E PAZIENTI

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino ha avviato, insieme al Politecnico di Torino, uno studio sui comportamenti specifici da adottare nei luoghi di assistenza per evitare il diffondersi del contagio da SARS-CoV-2 alla ripresa delle attività sanitarie.

Il gruppo di lavoro formato da professori e ricercatori del Politecnico e da medici dell'Ordine di Torino sta elaborando un documento, che sarà pronto nei prossimi giorni, contenente raccomandazioni per professionisti del settore sanitario, pazienti, accompagnatori e caregiver, con l'obiettivo di individuare le azioni che possono consentire l'erogazione dei servizi con il massimo della sicurezza possibile.

"Desideriamo ringraziare il Politecnico di Torino per la collaborazione avviata e per l'importanza del lavoro che stiamo svolgendo insieme – sottolinea il presidente Omceo Torino Guido Giustetto –. L'obiettivo è fornire una serie di indicazioni a disposizione dei medici, degli operatori sanitari ma anche dei cittadini su come ridurre al massimo i rischi per chi lavora e per chi frequenta gli studi medici, le strutture territoriali e le Rsa".

Nel documento in preparazione, viene calcolato attraverso modelli scientifici l'effettivo rischio di contagio negli ambienti, a seconda del tempo di permanenza e della conformazione strutturale: vengono effettuate simulazioni delle diverse situazioni di erogazione delle prestazioni sanitarie, attribuendo un fattore di rischio in base alla possibilità di affollamento, al tipo di servizio erogato e alla modalità di interazione tra i professionisti sanitari e i pazienti.

Le indicazioni si concentrano sui processi che avvengono negli studi dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle strutture del territorio. Ambiti fondamentali della tutela della salute ma che, a differenza degli ospedali, possono non disporre di figure professionali specifiche, in grado di pianificare gli interventi di contenimento del contagio all'interno delle strutture.

Uno dei problemi più urgenti a cui dare risposta è, ad esempio, la necessità di limitare i contatti fra i pazienti nelle sale d'attesa, attraverso il distanziamento, l'individuazione di percorsi di entrata e uscita delle persone, ma anche una gestione delle prenotazioni che tenga conto degli spazi a disposizione nei locali e nelle strutture. In qualche caso possono bastare anche piccoli accorgimenti, come preferire modalità di prenotazione a distanza (mail e telefono) oppure ricordarsi di non utilizzare gli apriporta automatici, attraverso i quali non si è in grado di controllare il flusso dei pazienti.

Particolare attenzione è dedicata a come garantire la sicurezza di medici e operatori con l'utilizzo di dispositivi di protezione adeguati e con l'adozione di precise procedure per le visite, anche domiciliari. Un approfondimento è riservato alla frequenza con cui effettuare una corretta e puntuale igienizzazione degli ambienti, delle superfici e degli strumenti di lavoro, all'importanza di arieggiare i locali, filtrare e controllare i sistemi di ventilazione, con soluzioni di reale efficacia e sostenibilità economica.

Per quanto riguarda le Rsa sono poi fondamentali la riorganizzazione degli spazi e l'applicazione di ferrei protocolli per il rientro in struttura dopo ricovero ospedaliero, per l'ingresso di nuovi ospiti e per regolamentare l'accesso ai visitatori esterni e agli addetti ai servizi.

Redazione





I MEDICI E GLI INFERMIERI DEL PIEMONTE:

"L'ITALIA CHIEDA IMMEDIATAMENTE LE RISORSE FINANZIARIE DEL MES"

La fatica, il dolore e la sofferenza che molti di noi hanno vissuto in prima persona, per lunghi giorni e lunghe notti, durante la fase più grave dell'emergenza sono stati sostenuti dalla dedizione, dall'impegno e dalla passione della maggior parte di coloro che operano con orgoglio nel Servizio sanitario nazionale.

Abbiamo lavorato in condizioni del tutto eccezionali, con pochi strumenti e tanti rischi. Abbiamo reagito senza alcuna esitazione, in un sistema che da troppi anni fatica a metterci in condizione di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute delle persone.

Il nostro Paese ha bisogno di superare le tante debolezze che il sistema socio-sanitario ha accumulato nel corso degli anni. In particolare:

- ha bisogno di investire nel personale, non solo per colmare il divario con gli altri paesi (abbiamo la metà degli infermieri della Francia, c'è una crescente carenza di medici specialisti e di famiglia), ma anche per rivedere i percorsi formativi universitari e di aggiornamento continuo;
- ha bisogno di ringiovanire la dotazione di professionisti: l'età media è di oltre 51 anni, a inizio secolo era di 43 anni;
- ha bisogno di costruire rapidamente nuovi ospedali (i vecchi ospedali si sono mostrati poco flessibili di fronte all'emergenza. Servirebbero 32 miliardi di euro solo per metterli in sicurezza e sostituire i più obsoleti);
- ha bisogno di più risorse per la ricerca, compresa quella organizzativa e sui servizi sanitari;
- ha bisogno di un forte potenziamento dell'assistenza territoriale, spesso trascurata, soprattutto nei confronti delle persone più fragili;
- ha bisogno di avviare un serio percorso di superamento dei divari fra Nord e Sud (il Sud rinuncia a circa 2 miliardi di euro all'anno a causa della mobilità verso il Centro-Nord);
- ha bisogno di rafforzare i servizi di prevenzione, dai servizi vaccinali alla sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro.

Insomma, abbiamo bisogno di un Piano straordinario di rafforzamento del SSN.

Anche per questi motivi chiediamo che i 36 miliardi di euro finalizzati alla sanità, ai sensi dell'articolo 13 del trattato del MES, siano richiesti subito e per progetti di riqualificazione e potenziamento del sistema sanitario.

Si individuino priorità e strumenti per raggiungere tempestivamente e in modo efficace risultati importanti, senza sprecare tempo e denaro prezioso, ma puntando a risultati concreti. Il nostro Paese ha le competenze e le sensibilità per avviare un progetto straordinario a beneficio di tutta la popolazione.

Abbiate fiducia in noi. Rompete gli indugi. Non c'è altro tempo da perdere.

Gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del Piemonte Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche del Piemonte

Dottore, ma è vero che...?

IL SITO PER UN'INFORMAZIONE SCIENTIFICA ACCREDITATA

https://dottoremaeveroche.it

DI FRONTE AL SARS-CoV-2 SIAMO TUTTI UGUALI?

di LUCA DE FIORE (IL PENSIERO SCIENTIFICO EDITORE)

In rete è diventato molto popolare un meme satirico che vorrebbe dimostrare che la malattia causata dal nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) è "democratica": in sostanza, la drammatica emergenza di queste settimane starebbe facendo apprezzare il Servizio Sanitario Nazionale, innescando misure di tutela della salute pubblica condivise a livello internazionale, facendo riflettere sulla fragilità dell'economia di mercato e, infine, dimostrando che di fronte alla malattia siamo tutti uguali. Forse le prime tre affermazioni sono vere ma la quarta è sicuramente sbagliata. Di fronte alle malattie non siamo tutti uguali e il caso del SARS-CoV-2 non fa eccezione.



Perché di fronte al SARS-CoV-2 non saremmo tutti uguali?

Se il virus non facesse distinzioni gli anziani morirebbero nella stessa misura dei giovani. Invece, secondo lo studio condotto dal Centro per il controllo delle malattie della Repubblica Popolare Cinese e pubblicato a fine febbraio 2020 su un'importante rivista medica statunitense, su cento persone di età superiore agli 80 anni che si ammalano ne muoiono oltre 14, mentre se consideriamo i dati nella popolazione generale i morti sono poco più di due. Precisamente, nello studio citato, nel 2,3% degli oltre 44 mila casi confermati al momento della pubblicazione l'esito della malattia è stato infausto e ha visto la morte del malato. Ma la percentuale sale al 14,8% tra le persone di età superiore agli 80 anni [1].

Quindi, una prima differenza riguarda l'età: di fronte alla malattia le persone anziane sono più vulnerabili di giovani e adulti.



A proposito, in Italia la letalità a causa di SARS-CoV-2 è maggiore che in altri Paesi?

"La letalità stratificata per fasce di età non è più alta di quella di altri Paesi" sottolinea Graziano Onder, direttore del dipartimento di Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità. "Scontiamo un'età media molto alta e una percentuale significativa della popolazione che ha più patologie, un fattore che aumenta il rischio di morte" [2].

dottore, ma è vero che...

Di fronte al SARS-CoV-2 siamo tutti uguali?





www.dottoremaeveroche.



Quella relativa alla letalità di giovani e anziani di fronte al virus è l'unica differenza?

No: come abbiamo detto, di fronte al SARS-CoV-2 sono le persone che già soffrono di altre malattie a essere più in pericolo. Il tasso di letalità – ricordiamo che con questa espressione si indica il numero di decessi per la malattia in relazione al numero di persone che hanno contratto quella stessa patologia – è più elevato nelle persone che soffrono di malattie cardiovascolari (il 10,5% non sopravvive) o nei malati di diabete (la mortalità è circa del 7%). Maggiore letalità anche nelle persone con malattie respiratorie croniche (il 6% circa), con ipertensione (6%) e nei malati di cancro (5,5% circa).

Nello studio prima citato, nelle persone che non erano portatrici di altre malattie il tasso di letalità della SARS-CoV-2 era inferiore all'1% (0,9%) [1].

La maggiore gravità del SARS-CoV-2 nella popolazione anziana è coerente con una situazione che vede l'invecchiamento della popolazione tipicamente accompagnato da un aumento del carico delle malattie non trasmissibili, quali per l'appunto quelle cardiovascolari, il diabete, le malattie polmonari croniche ostruttive e i tumori [3].



La maggiore fragilità dell'anziano di fronte alla malattia dipende solo dalle sue condizioni di salute?

No, dipende anche dal contesto sociale e dagli stili di vita della popolazione. Dobbiamo tenere in considerazione che le persone anziane vivono oggi in contesti familiari in cui spesso mancano i giovani. Delle famiglie italiane composte da persone sole, circa la metà (48%) è composta da anziani di 65 e più anni e in un terzo dei casi a vivere in solitudine è un anziano di oltre 75 anni [3]. Vista da un'altra angolatura, questa preoccupante realtà ci dice che più della metà degli ultra 84enni vive solo.

Nel momento in cui l'emergenza sanitaria che stiamo vivendo ha imposto il decreto battezzato #iorestoacasa dallo stesso Presidente del Consiglio dei ministri, la maggiore protezione garantita con il cosiddetto "distanziamento sociale" alle persone più fragili porta inevitabilmente con sé la probabilità di un ulteriore isolamento delle persone anziane. Occorre ricordare che più di un anziano su tre prova dolore fisico, da moderato a molto forte, almeno una volta al mese e quasi uno su quattro ha gravi limitazioni motorie [4]: è del tutto evidente come queste condizioni rendano gli anziani più dipendenti da familiari giovani o da vicini coetanei ma in migliore salute.

La solitudine, dunque, comporta un maggior rischio per la salute. Può anche favorire l'insorgenza o l'aggravarsi di disturbi psichici (ansia e depressione, in primo luogo) o cognitivi (perdita di memoria, demenza, malattia di Alzheimer). Questi disturbi, a loro volta, possono avere un impatto negativo anche sulla salute cardiovascolare o sul metabolismo: pensiamo per esempio al rischio di dimenticare l'assunzione regolare di medicinali o ai pericoli di un'alimentazione non bilanciata [5].



Ci sono altre differenze nella probabilità di ammalarsi oltre quella dovuta all'età?

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità evidenziano una più elevata letalità nei maschi in quasi tutte le fasce di età. Nella fascia di età superiore ai 90 anni il numero di casi di genere femminile supera quello dei casi di genere maschile probabilmente per la struttura demografica della popolazione [2].

La differenza di genere nella distribuzione dei casi di Covid-19 e nella letalità potrebbe dipendere anche da determinanti di tipo culturale. In altre parole, da aspetti legati agli stili di vita e alle abitudini di ciascuna popolazione, anche all'interno di una stessa nazione. Come ha scritto Frank M. Snowden - storico della università di Yale negli Stati Uniti e autore di un importante libro sulle epidemie [6] – "ogni società produce le proprie vulnerabilità specifiche. Approfondire queste debolezze è capire la struttura di quella società, il suo tenore di vita e le sue priorità politiche". Possibili spiegazioni della più elevata vulnerabilità degli anziani maschi di fronte al coronavirus potrebbero essere nella loro maggiore disponibilità a socializzare frequentando spazi comuni come bar, circoli ricreativi, bocciofile. Beninteso, attualmente queste sono solo ipotesi di ricerca.



Ma la pandemia di Covid-19 potrebbe avere anche altre conseguenze, non direttamente legate alla salute, che potrebbero colpire la popolazione in modo non omogeneo, aumentando ulteriormente le disuguaglianze sociali ed economiche.



Quali possono essere queste ulteriori conseguenze?

Come sappiamo, la pandemia sta penalizzando radicalmente l'economia italiana come quella di altri Paesi. Non solo riducendo la domanda di beni e servizi. Di fronte all'emergenza, alcune grandi industrie hanno deciso di chiudere temporaneamente le proprie catene di punti vendita, a partire da quelli situati nelle città maggiormente colpite dalla diffusione del virus.

La diffusione della malattia influisce anche sull'offerta. Ha già causato difficoltà nell'approvvigionamento di beni a causa della sospensione della produzione industriale in alcune nazioni (per esempio in certe regioni della Repubblica Popolare Cinese) e di difficoltà nella circolazione delle merci che limita l'approvvigionamento di materie prime. Ma, soprattutto, oltre alla sospensione di molte attività commerciali si assiste alla chiusura se non altro temporanea di alcuni importanti impianti industriali. Tante di queste decisioni sono dovute al desiderio di tutelare la salute dei lavoratori, ma in molti casi il motivo è nella determinazione a non incrementare scorte di prodotti che potrebbero rivelarsi invendibili nell'immediato futuro.

I lavoratori precari, vale a dire con contratti a tempo determinato (3 milioni di persone) o con partita IVA (5 milioni e duecentomila) sono tra i più esposti alle conseguenze della crisi, anche perché molti di loro – specialmente i giovani occupati con contratti a termine – sono (o meglio erano) attivi nel settore della ristorazione, tra i più colpiti dalla crisi attuale.

Tutto ciò determinerà certamente un peggioramento delle condizioni sociali ed economiche dei ceti medi e delle classi sociali a basso reddito. Come leggiamo in un post pubblicato dal Forum per i diritti e le disuguaglianze, è importante evitare "il rischio che la narrazione prevalente eviti i problemi profondi che produrrà questa situazione sui giovani, i precari, i migranti e altri gruppi già in difficoltà. La narrazione mediatica per ora dà una lettura semplicistica di quanto sta accadendo, senza porre attenzione alle disuguaglianze e alle diversità" [7]. E ancora: "Invece di analizzare e raccontare con obiettività i rischi reali cui gli anziani

"VILLE AUGUSTA"

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: Dott. Enzo Soldano

Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE (D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

"VILLE AUGUSTA" s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15 Tel.:011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264 e-mail: villeaugusta1@libero.it e i malati cronici e in genere i soggetti più fragili (non solo per condizioni dI salute, ma anche per assenza di supporto familiare e/o sociale) sono esposti, si presenta un pericolo generico e monolitico come se epidemiologicamente, economicamente e socialmente parlando, avessimo tutte e tutti lo stesso grado di vulnerabilità".

C'è, infine, un problema dovuto all'impatto di misure sicuramente opportune come la chiusura delle scuole e musei o l'incentivazione dello smart-working da parte delle imprese. Misure, però, che possono avere conseguenze molto differenti su lavoratori e famiglie che vivono in contesti diverse, senza che a chi si trova in contesti caratterizzati da maggiore complessità sia data la possibilità di mitigare i disagi.



È possibile fare qualcosa per mitigare le conseguenze economiche e sociali della pandemia?

In molte città sono stati avviati interessanti esperienze di volontariato che hanno l'obiettivo di prestare supporto ad anziani e disabili impossibilitati a uscire per fare la spesa o per il ritiro di ricette o per acquistare medicine o altri generi di prima necessità. È fondamentale, però, che queste attività siano coordinate dalle autorità locali o da persone che abbiano esperienza nel Terzo settore per garantire la gratuità del sostegno, la sicurezza nei confronti delle persone servite e il rispetto delle norme igieniche nel trasporto. Sul sito www.covid19italia.info possiamo avere una panoramica delle iniziative in atto in diverse città italiane. "Le reti di mutuo soccorso si stanno moltiplicando furiosamente sulle piattaforme di social media dinamiche e sovraccariche" ha scritto la blogger Laurie Penny su Wired [8]. "I vicini che non si sono mai scambiati più di qualche frase si domandano l'un l'altro come stanno e di cosa hanno bisogno e, a volte, imbarazzati, approfittano per chiedersi come si chiamano. È un momento terribile ma poi finirà e, quando ci saremo messi tutto alle spalle, avremo costruito la nostra resistenza".

Bibliografia

- 1. Wu Z, McGoogan JM, Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. Published online February 24, 2020. doi:10.1001/jama.2020.2648
- 2. Ministero della Salute. Secondo Report ISS. 14 marzo 2020
- 3. Istat. Anziani: stile di vita e salute. Consultato il 18 marzo 2020
- 4. Istituto Superiore di Sanità. *Invecchiare è un privilegio e una meta della società.* Consultato il 18 marzo 2020
- 5. National Institute of Aging. Social isolation, loneliness in older people poses health risks. 23 aprile 2019
- 6. Snowden M, Epidemics and society: from the Black death to the present. New Haven: Yale UP, 2019
- 7. Action Aid. Crisi e disuguaglianze. Forum Diritti e Disuguaglianze, 4 marzo 2020
- 8. Pennie L, Panic, pandemic, and the body politic. Wired, 14 marzo 2020

O11-B161 La Cerimonia Funebre a Torino













E' con piacere che comunichiamo gli Accordi Quadro Nazionali che FCA Italy S.p.A. ha stipulato con l'ENPAM di Torino. Di seguito le principali condizioni di acquisto di particolare favore a voi riservate su ogni brand.





Sconto fino al 24%*



Sconto fino al 24%*



Sconto fino al 29%*



Sconto fino al 16%*



Sconto fino al 42%*



Sconto fino al 30,5%*

L'iniziativa, non cumulabile con altre promozioni, è valida per i veicoli ordinati entro il 31 dicembre 2020. I nostri consulenti alla vendita saranno lieti di accogliere i vostri associati presso le nostre sedi e di far loro provare su strada la vettura preferita.

Per usufruire della scontistica dedicata, il cliente è tenuto a comunicare al venditore l'appartenenza all'Enpam prima dell'inizio della trattativa. *Scontistica massima per ogni brand riferita a: Fiat 500L/Living/Tipo - Lancia Ypsilon - Abarth 595 - Fiat Professional Ducato - Alfa Romeo Giulia/ Stelvio - Jeep Grand Cherokee

Per maggiori informazioni sulle offerte non esiti a contattarci:

Tel. 344 0351648 e-mail deborah.rinaldi@spaziogroup.com











CONCESSIONARIA UFFICIALE



Jeep

Via Ala di Stura, 84 Corso Valdocco, 19

Tel. 011 22 51 711 Tel. 011 52 11 453

Via G. Reiss Romoli, 290 Tel. 011 22 62 011 **MONCALIERI** Corso Savona, 10

Tel. 011 64 04 840