



STORINO

anno XXXII
numero 1
2021

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

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



Focus DOSSIER PANDEMIA: I TESTIMONI

A CURA DELLA COMMISSIONE PARI OPPORTUNITÀ

Dal cuore delle montagne al cuore della tavola



Acqua Lauretana è un dono della natura, di fonte montana, che ha origine in un territorio incontaminato.

Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa con solo 14 mg/litro di residuo fisso e grazie alla sua purezza e ai pochi minerali contenuti, **si abbina perfettamente ad ogni piatto perché non altera i sapori degli alimenti, esaltandone così il gusto vero.**

Sinonimo di eccellenza e qualità, acqua Lauretana rappresenta il valore aggiunto sulle tavole di chi ama la buona cucina.

Tabella comparativa

	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °f
Lauretana	14	0,88	0,60
Monte Rosa	16,8	1,2	0,59
S. Bernardo Rocciaviva	34,5	0,8	2,5
Acqua Eva	49	0,3	4,3
Levissima	80	2,1	5,7
Acqua Panna	139	6,4	10,6
Fiuggi	142	7,3	8
Smeraldina	154	25,5	N.D.
Nestlé Vera Fonte In Bosco	162	2,0	N.D.
Rocchetta	181	3,87	N.D.
Evian	309	6,5	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4,1	N.D.
Vitasnella	396	3,4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

Segui la leggerezza



www.lauretana.com

Sommario

numero 1_2021

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

4 editoriale
Pandemia: azioni e parole
Mario Nejrrotti

6 focus
**Dossier Pandemia:
i Testimoni**

Intervista a:

8 Guido Giustetto
12 Oscar Bertetto
16 Carlo Picco
19 Patrizia Mathieu
23 Adriana Bocuzzi
27 Patrizio Schinco
31 Vladimiro Zagrebelsky

*a cura della Commissione
Pari Opportunità*

35 Dossier Vaccini
I vaccini, una grande arma
e una grande speranza.
Ma non da soli
*a cura de Il Pensiero
Scientifico Editore*

43 Comunicazione Ospedale
- Territorio nella gestione
del paziente COVID
*Enrico d'Alessandro
Angelica Salvadori*

50 Solidarietà
Medicina del territorio
al tempo del COVID:
l'ambulatorio del Sermig
Maria Pia Bronzino

55 congressi



omceo-to.it



facebook.com/omceoTorino



@OmceoTo

Per l'invio di proposte, contributi,
segnalazioni e per informazioni è
possibile scrivere alla redazione
all'indirizzo:
torinomedita@omceo.to.it



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

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Emanuele STRAMIGNONI

Consiglieri
Domenico Bertero
Patrizia Biancucci (Od.)
Tiziana Borsatti
Vincenzo Michele Crupi (Od.)
Gianluigi D'Agostino
Riccardo Falcetta
Riccardo Faletti
Gilberto Fiore
Ivana Garione
Aldo Mozzone

Fernando Mujà
Angelica Salvadori
Renato Turra
Roberto Venesia

Commissione Odontoiatri
Presidente:
Gianluigi D'AGOSTINO
Patrizia BIANCUCCI
Vincenzo Michele CRUPI

Revisori dei Conti
Presidente:
Tonini Maurizio
Alessandra TARASCHI
componente
Giorgio VISCA
componente
Chiara DACOMO
supplente

TORINO MEDICA

Direttore:
Guido Giustetto

Direttore responsabile:
Mario Nejrrotti

Caporedattore:
Rosa Revellino

Collaborazione redazionale:
Il Pensiero Scientifico Editore

Aut. del Tribunale di Torino
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

Chiuso in redazione il 6-04-2021

SGI

1_2021

3

PANDEMIA

azioni e parole

Mario Nejrrotti



Mentre scriviamo questo editoriale siamo nel pieno di una innegabile ventata di sconcerto popolare nei confronti dei vaccini, che scienza, politica e comunicazione stentano a governare.

Le morti inaspettate di alcuni vaccinati con AstraZeneca, in cui la popolazione generale aveva riposto la massima fiducia per ottenere un'immunizzazione di massa e imboccare una via di uscita dalla crisi, hanno rinfocolato discussioni e valutazioni spesso basate su sensazioni, previsioni e non su dati certi.

Dopo il via libera ufficiale al vaccino dell'*European Medicines Agency* (EMA) e di conseguenza dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che ritengono i benefici maggiori dei rischi e assente un rapporto di causalità tra eventi patologici e vaccino, siamo in attesa di ulteriori studi di approfondimento.

Questa situazione ha silenziato informazioni e aggiornamenti su altri vaccini. Il rumor di fondo è tutto concentrato sul prodotto di AstraZeneca: i media riferiscono dubbi e timori popolari, confutati dalle parole rassicuranti di "scienziati", pescati ovunque, e politici pur che sia.

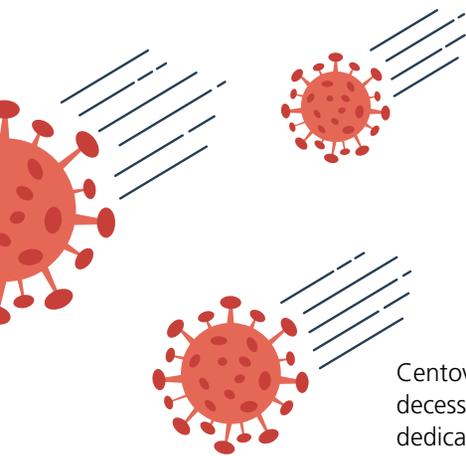
Un vuoto di informazione seria, riempito da un'immensa quantità di parole inutili, a volte di una tale ovvietà e banalità da lasciare sconcertati.

Per fare un esempio, il 16 marzo il Presidente Francese Macron e il nostro Presidente del Consiglio Draghi si sono incontrati per discutere sulle problematiche del blocco del vaccino AstraZeneca in Europa. I giornalisti dei media hanno riportato con enfasi che i due statisti avrebbero deciso che, qualora l'EMA il 18 marzo si fosse espressa per la possibilità di vaccinare nuovamente con AstraZeneca, le vaccinazioni sarebbero riprese! Sempre le testate giornalistiche, hanno aggiunto che il commissario straordinario per l'emergenza, Generale Figliuolo, avrebbe affermato che il ritardo sarebbe stato recuperato... incrementando le vaccinazioni in quindici giorni (sic!).

Oltre al sensazionalismo giornalistico, anche la volontà di rassicurazione va governata, evitando il più possibile di diffondere affermazioni troppo ovvie e con esse far trapelare una debolezza organizzativa e conoscitiva, comprensibile in una situazione che continua ad avere lati poco conosciuti e studiati, ma che solo se ammessa può essere capita, sopportata e condivisa dai cittadini.

L'esperienza di centinaia di migliaia di sanitari nel mondo dovrebbe far riflettere.

Essi hanno dovuto misurarsi per mesi con l'incertezza e l'ignoranza; scegliere gli interventi sui dati provvisori della scienza e spesso, dopo poco, abbandonarli e sostituirli, in base a nuovi dati provvisori. Ma sempre hanno cercato, quando era possibile, di condividere le loro decisioni con i pazienti, affrontandone anche le reazioni negative.



L'esperienza di centinaia di migliaia di sanitari nel mondo dovrebbe far riflettere. Essi hanno dovuto misurarsi per mesi con l'incertezza e l'ignoranza; scegliere gli interventi sui dati provvisori della scienza e spesso, dopo poco, abbandonarli e sostituirli, in base a nuovi dati provvisori

Centoventi milioni di contagiati nel mondo, con decine di milioni di guariti e 2.650.000 decessi - tra cui molti di loro - sono i numeri del lavoro quotidiano di queste persone, che dedicano la vita alla cura degli altri, alla medicina e alla scienza.

La condivisione con i pazienti dell'incertezza, della debolezza e anche dell'ignoranza incolpevole, insieme all'offerta della disponibilità e dell'autorevolezza creano fiducia nelle persone e accettazione di una situazione grave e drammatica ancora nuova e poco nota. Nei mesi della pandemia lo studio, l'osservazione e la misurazione dei fenomeni, hanno fatto compiere continui e considerevoli passi avanti nella conoscenza del SARS-CoV-2 e delle conseguenze della sua infezione, ma la strada è ancora lunga e non lineare.

Evitare – soprattutto da parte di politici, giornalisti e comunicatori, ma anche medici – ostentazione di sicurezze inesistenti e promesse impossibili da mantenere, sarebbe la strategia migliore da seguire: sicuramente meno spettacolare, ma più vantaggiosa per un rapporto maturo con le persone.

Sappiamo molte cose di più di quante ne sapessimo nella prima ondata, possediamo farmaci che stanno dimostrando una certa utilità, potenti vaccini, che hanno pregi e difetti, che stiamo osservando nella realtà concreta, che non è mai uguale a quella dei trial. Sappiamo che i vaccinati avranno meno probabilità di ammalarsi o di ammalarsi in forma grave. Non sappiamo con certezza se guariti e vaccinati non siano da considerare possibili veicoli di malattia.

Sappiamo che dobbiamo mantenere attivi tutti i comportamenti per arginare la diffusione del virus.

Dobbiamo accettare il fatto che nessuno ha idea se la normalità ritornerà, per l'estate, per Natale prossimo o ancora più in là.

Nessuna eccezione, né sociale, né lavorativa, né familiare, né educativa e neppure religiosa è priva di un prezzo da pagare, nonostante le ordinanze dettate da necessità ed equilibri di parte di ogni tipo, leciti e illeciti.

Nel frattempo però politici, giornalisti e comunicatori, dovranno cercare di non riempire di parole inutili, banali e dannose i vuoti della conoscenza.

C'è bisogno di sincerità, sobrietà, trasparenza, condivisione e accettazione dell'incertezza e dell'ignoranza.

Le lacune di conoscenza vanno riempite di volontà, impegno, disponibilità, come sanno fare i migliori sanitari.

Per questo motivo abbiamo scelto di dedicare gran parte del numero 1-2021 della nostra rivista ai racconti di protagonisti che la pandemia l'hanno vissuta o l'hanno riflettuta.

Leggeremo impressioni, storie, decisioni assunte da persone con ruoli e prospettive diverse, per provare a capire come la pandemia può essere interpretata e comunicata.

Un percorso caratterizzato dalle interviste e dai commenti della Commissione Pari Opportunità del nostro Ordine, dal progetto di gestione dei pazienti COVID tra territorio e ospedale della Casa della Salute di Borgaretto e dell'Ospedale San Luigi di Orbassano. Descriveremo situazioni difficili come quelle dell'ambulatorio del Sermig al tempo del COVID. Infine per chiarire quanto sia complessa la situazione delle vaccinazioni nel mondo seguiremo il reportage di Pensiero Scientifico.

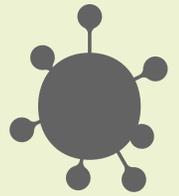
Un lavoro per cercare di riflettere sulla pandemia, sistema estremamente complesso e in continuo divenire, che per essere sopportata consapevolmente da tutti noi, non ha bisogno dei proclami strumentali della politica, di una scienza pericolosamente vicina al potere e di un'informazione che ha ancora troppo spesso lo scopo di alimentare e giustificare se stessa, invece di raccontare con fatica e pazienza la verità.

DOSSIER PANDEMIA: I TESTIMONI



A cura della Commissione Pari Opportunità:

- Dr.ssa Anna Pia Barocelli, Specialista in medicina legale e in medicina del lavoro.
- Dr.ssa Tiziana Borsatti, Anestesista e consigliera dell'Ordine.
- Dr.ssa Elena Garro, Medica chirurga in attività presso la Casa di Cura Villa Grazia.
- Dr.ssa Maria Teresa Sorrentino, Specialista in Radiologia, Città della salute e della Scienza.
- Dr.ssa Elisabetta Ciravegna, Specialista in Neurologia.
- Dr.ssa Mariasusetta Grosso, Medica chirurga organizzazione servizi sanitari di base, ASL Città di Torino
- Dr.ssa Ornella Testori, Medica nucleare e coordinatrice della Commissione Pari Opportunità
- Dr.ssa Margherita Cravanzola, Specialista Geriatra.



La Commissione Pari Opportunità (CPO) dell'Ordine dei Medici di Torino (OMCeO-TO) ha il mandato di introdurre una riflessione di genere nella struttura ordinistica, ancora fortemente maschile, e di essere consulente del Direttivo quanto ai quesiti che riguardino violazioni delle pari opportunità.

Ma non si limita a questo: la CPO stimola riflessioni nel campo più ampio delle disparità non solo di genere, ma anche di etnia, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali (art. 3 della Costituzione Italiana). In tempo di Pandemia abbiamo voluto considerare se le disparità si fossero ampliate, non solo tra i medici ma anche tra i pazienti, e se fosse variato il rispetto dell'art. 32 della Costituzione ("la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività").

Con la nostra sensibilità di osservatrici di opportunità dispari, abbiamo individuato tre medici in posizione apicale, per capire quale fosse la loro visione della pandemia, ed evidenziarne i diversi punti di vista. Non abbiamo trovato donne in posizione di rilievo nella gestione della pandemia in Piemonte, e questo è un vulnus difficilmente sanabile, che una volta di più conferma l'esistenza del soffitto di cristallo: al top management le donne molto raramente arrivano.

Abbiamo scelto:

- Dr. Guido Giustetto, Presidente di OMCeO-TO
- Prof. Oscar Bertetto¹, Direttore della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, come rappresentante della dirigenza medica ospedaliera.
- Dr. Carlo Picco, Direttore Generale dell'ASL Città di Torino, come rappresentante della dirigenza del servizio sanitario locale.

Quanto ai medici in prima linea, abbiamo individuato due dottoresse e un dottore, diversamente in prima linea:

- Dr.ssa Patrizia Mathieu, Medica di Medicina Generale (MMG) a Torino.
- Dr.ssa Adriana Boccuzzi, Direttrice del Dipartimento Emergenza e Accettazione dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano.
- Dr. Patrizio Schinco², Dirigente Medico Dipartimento Emergenza e Urgenza AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, psicoterapeuta.

Per avere poi risposte ai nostri dubbi se l'evolversi della pandemia e della sua gestione avessero tenuto conto del quadro normativo "alto" abbiamo interrogato il Prof. Vladimiro Zagrebelsky, insigne giurista torinese, già giudice della Corte europea dei diritti dell'uomo. Gli abbiamo chiesto su quanto la Costituzione sancisca in tema di Eguaglianza e di Pari Opportunità dell'individuo e della collettività. E se la Costituzione potesse aiutarci a ottenere chiarezza sugli avvenimenti pandemici.

Le interviste sono state condotte da:

- Dr.ssa Anna Pia Barocelli, Specialista in medicina legale e in medicina del lavoro.
- Dr.ssa Tiziana Borsatti, Anestesista e consigliera dell'Ordine.
- Dr.ssa Elena Garro, Medica chirurga in attività presso la Casa di Cura Villa Grazia.
- Dr.ssa Maria Teresa Sorrentino, Specialista in Radiologia, Città della Salute e della Scienza.
- Dr.ssa Elisabetta Ciravegna, Specialista in Neurologia.
- Dr.ssa Maria Susetta Grosso, Specialista in Igiene e Sanità pubblica, Medica di organizzazione dei servizi sanitari di base.
- Dr.ssa Ornella Testori, Medica nucleare e coordinatrice della Commissione Pari Opportunità.
- Dr.ssa Margherita Cravanzola, Specialista ambulatoriale Geriatria.

Ringraziamo per la fattiva collaborazione la Dr.ssa Adriana Godano, Commissione Disagio Lavorativo del Medico di OMCeO-TO.

1. Al momento dell'intervista il Prof. Bertetto era Direttore della Rete Oncologica Piemonte/Val d'Aosta, dal 1/3/2021 in quiescenza.

2. In quiescenza dal 1/1/2021.



INTERVISTA A **Guido GIUSTETTO**

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Guido Giustetto, Presidente di OMCeO-TO



L'epidemia COVID ha tragicamente messo a nudo la criticità dei SSN e SSR, denunciata nell'ultimo decennio dai medici, sia attraverso gli ordini professionali che dalle rappresentanze sindacali. Dalla carenza degli specialisti al taglio dei posti letto, al progressivo depauperamento della medicina territoriale, alla riduzione dei finanziamenti alla sanità, alla vetustà degli ospedali.

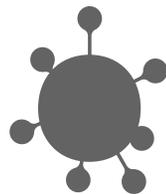
L'inadeguatezza organizzativa del territorio con la sottovalutazione iniziale del rischio epidemico ha contribuito alla diffusione del contagio, al collasso e alla saturazione degli ospedali.

I costanti avvertimenti e richiami dei Medici e in generale di tutti gli operatori della sanità hanno trovato ascolto e considerazione nelle scelte strategiche?

Ti sembra che tra la prima ondata e la seconda sia cambiato qualcosa nell'organizzazione dei servizi?

Dipende da cosa si intende per costanti avvertimenti e richiami. Se ci riferiamo a quanto detto prima di COVID, durante il convegno sul Parco della Salute nel giugno 2019 – in tempi non preoccupanti – abbiamo insistito molto sul fatto che la diminuzione di posti letto nel Parco della Salute, non supportata dalla rete territoriale, fosse un salto nel buio, quindi un errore.

Queste criticità le abbiamo ribadite più volte e abbiamo anche condotto uno studio sul tema della mancanza di specialisti, dovuto ovviamente non solo alla Regione, ma a una responsabilità generale di programmazione sanitaria. Abbiamo anche fatto notare la futura carenza di MMG a causa della così detta "gobba" pensionistica. Nessuno ne ha preso atto.



Se arriviamo al periodo febbraio/aprile 2020, possiamo affermare che le nostre denunce sono rimaste inascoltate. A metà/fine marzo 2020 abbiamo prodotto un documento sulle insufficienze della risposta regionale al COVID, pubblicato sui giornali, che creò un certo scalpore. Fu forse uno dei primi documenti in cui si segnalava la grave situazione delle RSA, poi esplosa qualche mese dopo.

Questo documento destò una certa attenzione nei nostri confronti da parte della Unità di Crisi che culminò nella seguente frase, un palese attacco personale, pronunciata durante una riunione pubblica: "ci dispiace essere accoltellati alle spalle da dei colleghi che stanno dietro le scrivanie" (il che, detto da qualcuno dietro una scrivania, era anche strano.) Sulla base di quel documento in realtà qualcosa si mosse perché all'interno della Regione, con un gioco delle parti tra Assessorato, Presidenza e Unità di Crisi, si trovò la strada per istituire il gruppo della Task Force gestito dall'ex ministro Prof. Ferruccio Fazio. Questo ci ha dato un po' di spazio per delle proposte ragionevoli. Questo gruppo ha lavorato da metà aprile a metà luglio 2020, predisponendo (anche grazie alla presenza di colleghi come il Prof. Paolo Vineis, che si sono prodigati nel fornire un supporto autorevole) un sistema di tracciamento dei contatti.

Questo sistema di tracciamento avrebbe dovuto permettere il controllo di un'eventuale ripresa epidemica, che già all'epoca si ipotizzava per l'autunno.

Il problema del contact tracing è che, se non viene eseguito nelle fasi molto precoci, perde di efficacia.

Gli studiosi dicono che la soglia è di 50 casi su 100.000, oltrepassata la quale diventa difficilissimo eseguirlo. La criticità è stata non avere persone sufficienti per promuoverlo. Anche in questo caso, sia sul versante della prima che su quello della seconda ondata direi che gli avvertimenti sono stati poco ascoltati.



Come sono stati i suoi rapporti con i vertici dell'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte?

Non mi sono mai trovato in precedenza a cimentarmi in situazioni operative come quella che abbiamo vissuto. Quello che mi ha colpito maggiormente è stata la mancanza di funzionari nell'Assessorato alla Sanità, non solo per il fatto che la maggior parte degli impiegati lavorasse in smart working, il che sarebbe anche comprensibile, ma anche per l'assenza di funzionari con livello adeguato a prendere decisioni e di persone che potessero tradurre in pratica le disposizioni dei dirigenti.

Poi c'è stato un problema di contrasti per la coesistenza tra più realtà: il DIRMEI, l'Unità di Crisi, l'Assessorato e il Presidente della Regione, che nomina esperti di sua fiducia come commissari sovrapponendoli agli altri ruoli istituzionalmente previsti.

In questo momento ci sono tre o quattro persone responsabili delle vaccinazioni: un ex procuratore, un manager, un geologo e poi ci sono coloro che ufficialmente si dovrebbero occupare di vaccinazioni e che raramente vengono ascoltati... con una serie di attriti.



Nel Progetto del Parco della Salute sono stati considerati elementi di flessibilità strutturali, spaziali e organizzativi che consentissero di adattarsi alle differenti situazioni epidemiologiche, demografiche ecc. nel corso del tempo?

Nell'ultimo anno non vi è stato dibattuto sul Parco della Salute perché siamo stati presi da tutt'altro. Ora vogliamo riaprire la discussione cominciando con il chiedere informazioni su come stia procedendo la progettazione.

Quando riprenderemo il discorso sul Parco della Salute con chi ne è responsabile, il primo punto che prenderemo in considerazione è proprio quello che tu mi chiedi: quel progetto, con l'esperienza che abbiamo avuto, per il modo in cui è stato programmato, non sta più in piedi. ▶

Il problema più grande è l'area. Dovrebbero decidere se sono sicuri che quell'area sia estendibile oppure no.

Stiamo riprendendo il documento dell'OMCeO di Torino sul Parco della Salute, con le sette criticità che avevamo identificato; stiamo ricalcolando il discorso dei posti letto, tenuto conto di un ragionamento legato alla flessibilità che devono avere gli ospedali, che non era stata immaginata e che in quel momento nessuno avrebbe potuto immaginare.



In questo periodo molti medici, sia nel contesto ospedaliero che territoriale, hanno dovuto "inventare" e mettere in atto con le poche risorse a disposizione varie modalità per stabilire un contatto con i pazienti, per poterli seguire a distanza cercando di monitorare per quanto e come possibile il quadro clinico, rispondere a quesiti/problemi medici e identificare eventuali criticità che ponessero l'indicazione a interventi tempestivi in ambito ospedaliero.

Ci sono protocolli per MMG inerenti alla gestione dei malati COVID? Dati da chi quando?

Tra marzo e maggio 2020 sono stati formulati protocolli diagnostico-terapeutici "spontanei", criteri di valutazione delle cure da attuarsi al domicilio (es. quando iniziare il cortisone) o su quando i pazienti siano da ricoverare

Tra marzo e maggio 2020 sono stati formulati protocolli diagnostico-terapeutici "spontanei", criteri di valutazione delle cure da attuarsi al domicilio (es. quando iniziare il cortisone) o su quando i pazienti siano da ricoverare.

A settembre nessuno si è mosso in quanto, nonostante quello che si poteva facilmente prevedere, non si credeva in una seconda ondata. Sono poi stati prodotti contemporaneamente i protocolli del Ministero della Sanità, dell'Istituto Superiore della Sanità e degli Ordini dei Medici (es. Lombardia).

Il primo protocollo DIRMEI risale alla fine ottobre-primi giorni di novembre 2020, in quei quindici giorni in cui aumentavano i ricoveri; è stato approvato da Ordini e Sindacati dei medici del territorio e sotto gli auspici del Prefetto (che è stata la figura di garanzia che le azioni definite nel documento fossero messe in pratica). Era il momento della saturazione dei posti letto in ospedale, quando si prese la decisione di aprire l'ospedale da campo Valentino (22 novembre 2020). I vari protocolli sono stati pensati per i MMG e USCA anche al fine di evitare "sequele legali" relative alle cure domiciliari se il paziente si fosse aggravato.

I protocolli dunque ci sono e risultano sufficientemente validi.



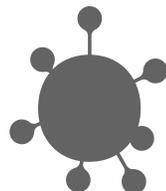
Potrebbe essere una buona idea utilizzare una parte del denaro che arriverà con il Recovery Fund per organizzare il lavoro a distanza attraverso la telemedicina, ottimizzando le modalità di contatto con équipes multidisciplinari, come peraltro già indicato nel piano sulla cronicità. Cosa è già stato programmato, cosa è modificabile?

Sicuramente è un'idea ottima utilizzare una parte dei fondi per organizzare la telemedicina. C'è anche una disposizione, dell'autunno 2020, recepita dalla Conferenza Stato-Regioni. È un documento ufficiale del Ministero, che ha accolto anche un'indicazione dell'Istituto Superiore di Sanità, che definisce molto bene il ruolo della telemedicina, distinguendo al suo interno quali sono le diverse opzioni (come la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio) e dando definizioni precise su alcune di queste. Dal punto di vista amministrativo viene riconosciuto un codice grazie al quale un medico che svolga una visita in telemedicina si veda riconosciuto ufficialmente quel lavoro.

A mio modo di vedere quei documenti rispecchiano bene quello che servirebbe.

C'è una bella esperienza di telecardiologia, che ha portato al nostro master di Etica e Deontologia Sanitaria un cardiologo del Mauriziano. Ha messo a punto un sistema che consente a una gran parte di pazienti con fibrillazione atriale di non doversi recare in Ospedale per il loro follow up.

Quindi direi che la risposta è assolutamente positiva e va portata avanti.



Relativamente al discorso del MES, questi soldi non potevano essere utilizzati anche per questo, visto che l'importo (36 miliardi) corrisponde alla quota di denaro che la sanità ha perso dal 2007 a oggi?

In realtà molti Paesi europei non lo hanno utilizzato perché possono avere prestiti con un tasso di interesse che è praticamente vicino allo zero a differenza dell'Italia (che pure ha tassi bassi) e quindi non hanno motivo di indebitarsi sul mercato, mentre per noi potrebbe effettivamente essere conveniente.



Sulla base delle evidenze fornite dalla pandemia, non pensi sia necessario l'ampliamento di offerta di Sanitari formati, sia medici che infermieri?

Poiché il numero di iscritti alla facoltà di Medicina e quello degli specializzandi è stabilito dall'università e non dal Ministero della Salute, bisognerebbe poter prevedere oggi quanti medici e/o infermieri occorreranno nel 2030. Bisognerebbe quindi fare il contrario di ciò che avviene adesso: non agire in base alla disponibilità delle scuole universitarie, alla loro capacità formativa, ma in base al futuro bisogno di medici e dunque alla richiesta del Ministero della Salute, che non dovrebbe essere condizionata dalla capacità di formazione dell'Università, e dai fondi necessari per pagare le borse agli specializzandi. Questo è un problema nazionale.

È pur vero che se da un lato ci si può basare su dati più prevedibili, come ad esempio l'invecchiamento della popolazione, ne esistono di più complessi, come lo sviluppo di nuove tecniche diagnostiche che possono determinare la necessità, a breve termine, di specialisti in grado di utilizzarle; ciò non è così prevedibile, ma un numero verosimile di risorse totali occorrenti si può ugualmente immaginare.



Cosa pensi che l'Ordine dovrebbe fare per indirizzare le scelte del Governo relative alla sanità al fine di ripristinare la centralità del Servizio Sanitario Nazionale pubblico?

A me sembra che il ministro Speranza dia una certa garanzia che il sistema nazionale resti pubblico. Ci sono delle differenze in Italia perché come sappiamo dal Centro in giù la quota di sanità privata è enorme. Dal punto di vista generale, se pensiamo alla nostra Regione, abbiamo meno problemi, anche se alcune decisioni hanno fatto pensare si volesse andare in direzione un po' diversa, per esempio il fatto di aver aumentato il budget globale per la sanità accreditata.



Sarà possibile, e come, riportare il governo della sanità ai sanitari e non agli amministrativi?

Nella mia esperienza non credo sia tanto un problema di medici o di amministrativi ma di persone. È importante ridisegnare le figure al vertice, e la reciprocità dei ruoli per capire come ci si deve rapportare.

Ho in mente dei manager che hanno gestito bene la sanità, pur non avendo una formazione sanitaria. Se accetti un compito dirigenziale amministrativo, devi essere capace di farti consigliare bene nelle materie che non conosci, tenendo conto che gli aspetti pratici della professione li sa meglio chi lavora sul campo, cioè un medico che da anni è dirigente organizzativo.

Per la mia formazione, credo sia meglio avere un medico, che però di per sé non è una garanzia: ci sono medici dell'ISS che durante i primi mesi di pandemia hanno reso affermazioni alquanto discutibili (come la questione del rischio sull'utilizzo o meno delle mascherine).



INTERVISTA A Oscar BERTETTO

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Oscar Bertetto, Direttore della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta



Chiediamo al manager, al creatore-direttore della rete oncologica efficace e pluripremiata¹ e all'ex direttore dell'ARESS²: quali sono stati i punti di debolezza dei SSRs³ (con particolare attenzione al Piemonte) e del SSN⁴ nell'affrontare la pandemia? Quali proposte, quali soluzioni?

La carenza maggiore all'inizio è stata l'incapacità di definire percorsi separati, tra loro impermeabili:

- Tra i malati e sospetti COVID e i malati di altre patologie;
- Tra gli operatori esposti e i non esposti.

L'indicazione che poteva essere data era quella di cercare (dal momento che le aziende sanitarie hanno più centri al loro interno) di fare in modo che uno o due centri fossero salvaguardati e isolati. I malati COVID non dovevano neanche essere ammessi nei centri salvaguardati e questa distinzione andava fatta fin dall'inizio, cioè dalla chiamata al 118.

Quanto al personale, in parte era spalmato su più turni su entrambi i reparti (COVID e non COVID). L'incidenza di operatori infetti nei reparti solo COVID è stata inferiore a quella degli operatori che lavoravano in entrambi i reparti.

Già da febbraio 2020 mi sono adoperato per far passare il messaggio della divisione dei reparti nelle strutture, in modo da isolare i sospetti e limitare i contagi. La tempestività era la chiave.

Anche gli ambienti e la strumentazione dovevano e dovrebbero tutt'ora essere sanificati in maniera più accurata, cosa che non avviene sempre in maniera corretta.



È stato un problema di direzione e di direttive legate all'urgenza della prima fase?

Sì, ma non per forza. Ho cercato di contattare subito gli organi e le figure preposte al controllo della pandemia per manifestare la necessità di procedure tempestive, ma non ho mai ricevuto risposte.

Le mie raccomandazioni sono arrivate anche all'Unità di Crisi in data 31 marzo 2020. Purtroppo non sono riuscito a parlare direttamente con nessuno, nonostante la mia nota sia stata ricevuta.

Ne è scaturito un mio documento pubblicato in data 9 maggio 2020 sulla rete oncologica⁵.

1. <http://www.reteoncologica.it/>

2. ARESS, Agenzia Regionale Servizi Sanitari.

3. SSR, Servizio Sanitario Regionale.

4. SSN, Servizio Sanitario Nazionale.

5. http://www.reteoncologica.it/images/stories/homepage/Dumento_per_unit%C3%A0_di_crisi_-_gruppo_di_lavoro_oncologia.pdf

http://www.reteoncologica.it/images/stories/homepage/prot_2020_0256491_allegato_trasmissione_documento_Unit%C3%A0_di_Crisi_e_Rete_Oncologica_compressed.pdf, protocollato da ASL città di Torino il 24-12-20



Cosa ha causato la mancanza di risposta alle tue comunicazioni?

Sicuramente non la volontà di non rispondere, ma l'affanno e l'indisponibilità causate dall'urgenza dell'emergenza.



Come sono andati i pazienti oncologici in epoca COVID? Quali disagi avete vissuto?

Ci sono stati diversi problemi. I ricoveri ospedalieri in oncologia, soprattutto nella prima fase durata 6-9 mesi (nella quale i pazienti erano terrorizzati di venire in ospedale), sono crollati addirittura del 50%, e complessivamente in media del 25%. Per alcuni mesi sono stati interrotti gli screening (es. colon retto, mammella). Questo ha portato a un 45% di mancate diagnosi di tumore alla mammella. Cosa significheranno questi numeri purtroppo lo sapremo solo nei prossimi anni (tra un anno per i tumori del polmone, e 4-5 anni per quelli della mammella), poiché ci sono stati ritardi diagnostici e terapeutici, mentre già sappiamo che la mortalità nell'immediato è aumentata per l'infarto del miocardio e altre malattie cardiache. Invece i trapianti non hanno patito.

I Centri COVID free (come ad esempio IRCCS di Candiolo) hanno accolto i pazienti di altre strutture che hanno convertito le proprie infrastrutture in reparto COVID. I reparti di oncologia sono stati i più colpiti da questa conversione (vedi Ospedale Molinette).



Quindi le oncologie hanno patito?

Sì, per tre modalità:

- Contrazione delle diagnosi: oltre a un minor numero di visite, le apparecchiature diagnostiche erano occupate prevalentemente per le diagnosi COVID.
- Riduzione di sale operatorie e di anestesisti, quindi di sedute operatorie. Gli interventi chirurgici che hanno subito una riduzione sono quelli più "semplici" ma numericamente più importanti (mammella).
- Assistenza post operatoria. È stata salvaguardata solo per gli interventi più complessi.

I risultati di queste problematiche li vedremo in futuro e le ricadute saranno soprattutto nella qualità di vita più che nella mortalità di per sé.

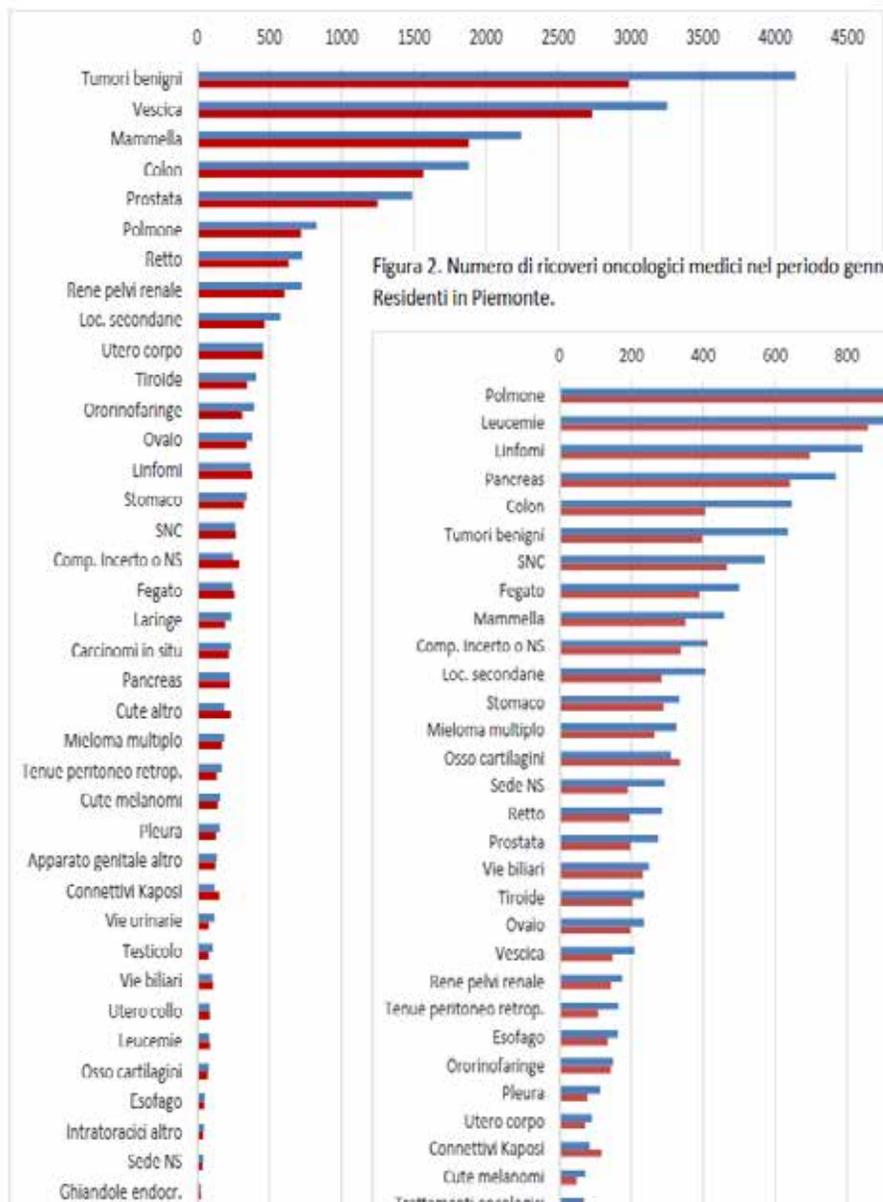
Incrociando i dati di incidenza di diagnosi tra diverse patologie (stratificate per area, età, sesso) nei vari Centri nella rete oncologica piemontese, ho evidenziato che la riduzione maggiore l'hanno avuta i tumori benigni, ma anche la mammella ha avuto una riduzione importante. Per le forme tumorali più rare non si nota troppo la differenza.

I ricoveri ospedalieri in oncologia, soprattutto nella prima fase durata 6-9 mesi (nella quale i pazienti erano terrorizzati di venire in ospedale), sono crollati addirittura del 50%, e complessivamente in media del 25%. Per alcuni mesi sono stati interrotti gli screening (es. colon retto, mammella)

focus Dossier Pandemia: i Testimoni

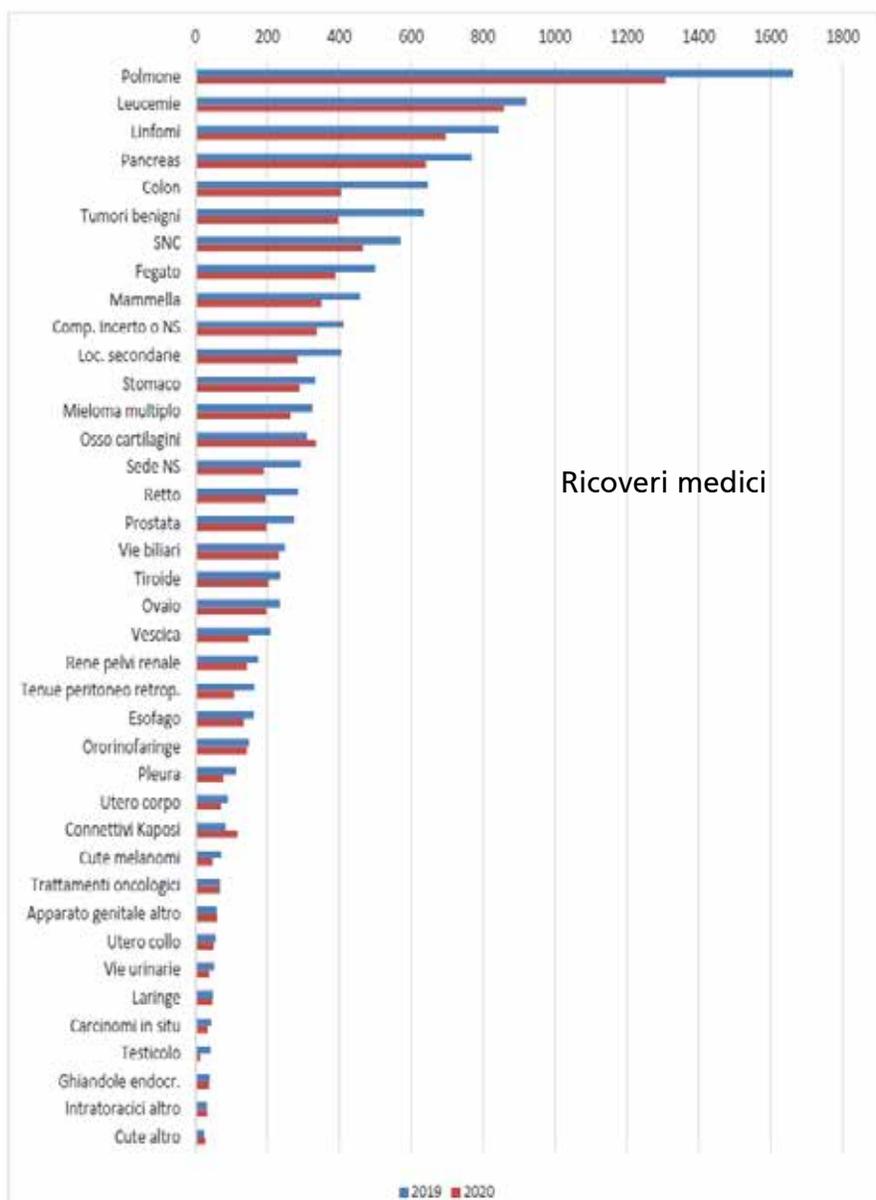
Ho presentato questi dati al convegno nazionale della Società Italiana di Oncologia Medica.

Figura 1. Numero di ricoveri oncologici chirurgici ordinari nel periodo gennaio-ottobre 2019 e 2020, per tipo di tumore. Residenti in Piemonte.



Ricoveri chirurgici

Figura 2. Numero di ricoveri oncologici medici nel periodo gennaio-ottobre 2019 e 2020, per tipo di tumore. Residenti in Piemonte.



Ricoveri medici



Come coordini⁶ la rete che hai formato?

Non è stato semplicissimo perché il personale è pochissimo, e delegare non è così facile. Ho avuto però il grande aiuto del sito della rete oncologica, tenuto in piedi da 160 sottogruppi di persone ai quali assegno un progetto annuale; ciascun sottogruppo produce un documento all'anno e la suddivisione aumenta la produttività. Coordino personalmente chi gestisce le varie rubriche del sito. Per ogni ambito professionale abbiamo un professionista che se ne occupa (assistenti sociali per la sezione famiglie in difficoltà, infermieri per la parte di assistenza in corsia e così via).

È importantissimo il ruolo del volontariato, sia per il fund rising che nell'aiuto alle famiglie fragili. Ho imparato da esperienze passate che il tumore crea problemi non solo fisici ma anche psicologici e non solo ai diretti interessati ma anche ai famigliari. Il progetto delle famiglie in difficoltà è nato per dare assistenza ai famigliari dei malati oncologici e permettere ai malati stessi di concentrarsi sulla propria guarigione. Collabora anche la Tavola Valdese. Abbiamo coinvolto parecchie associazioni e compagnie per garantire un apporto continuo di figure professionali e anche un supporto economico. Le singole persone coinvolte ricevono un compenso non superiore a 5.000 € l'anno e gestiscono la propria parte del sito per condividere e informare.



Siete riusciti anche in periodo COVID a mantenere lo standard dei progetti legati al sito?

La maggioranza delle iniziative in rete è gestita da donne: due psicologhe, due assistenti sociali, due infermiere e due assistenti amministrative. La vera difficoltà dei gruppi di lavoro è coordinarli in maniera fruttuosa.

Quest'anno è stato molto difficile, ma abbiamo comunque promosso attività speciali, come ad esempio il "progetto grissino"⁷, che ci ha permesso, anche grazie all'aiuto dell'Ufficio di comunicazione valdese, di creare una ricetta realizzata da chef di livello; la vendita dei grissini ha contribuito a finanziare il progetto stesso.

La rete di collaboratori è stata fondamentale anche nel tenere i rapporti con malati, famiglie e volontari. Io stesso cercavo di contattare personalmente i malati più gravi; fortunatamente quelli talmente gravi da non poter comunicare direttamente sono stati pochi, ma quelli di media gravità contattati sono stati molti.



Ci sono rapporti con la virologia veterinaria?

La medicina veterinaria ha aiutato tantissimo per l'identificazione del virus. Le scuole veterinarie si stanno "umanizzando" da circa 20 anni, pongono sempre più l'attenzione sulla scienza veterinaria che ha ricadute sulla salute degli umani, e viceversa.

Anche l'Accademia di Medicina di Torino è sensibile a tale tematica.

6. Al momento dell'intervista il Prof. Bertetto era Direttore della rete oncologica Piemonte/Val d'Aosta, dal 1/3/2021 in quiescenza.
7. <http://www.reteoncologica.it/la-rete/notizie/3259-a-natale-regala-solidarieta-sostieni-il-progetto-protezione-famiglie-fragili-%0D%0Ain-ambito-oncologico>



INTERVISTA A **Carlo PICCO**

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Carlo Picco, Direttore Generale dell'ASL Città di Torino



In questi mesi di pandemia si è parlato molto di territorio: la sanità pubblica e la medicina territoriale sono state trascurate e depotenziate da molti amministratori, politici e tecnici. L'assenza di strategie relative alla gestione del territorio ha determinato in molti casi lo scollamento tra Medici di Medicina Generale, sanità pubblica e ospedale.

Come sono stati organizzati i servizi di assistenza territoriale?

Come si è ovviato alla carenza di strutture e di personale?

Come si gestiscono i casi di contagio e malattie infettive a domicilio?

La programmazione della sanità negli anni passati non ha sicuramente rafforzato i servizi territoriali; in particolare riguardo alle malattie infettive, già in passato i casi di Ebola e SARS avrebbero dovuto indurre gli amministratori a una maggior attenzione.

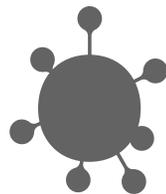
Quando abbiamo incominciato ad affrontare la pandemia, il SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica), organismo addetto al primo controllo territoriale delle infezioni, era un ufficio depotenziato, privo di strumenti informatici; faticosamente abbiamo realizzato substrati di supporto per gestire il fenomeno. Abbiamo attivato un call center per le chiamate telefoniche e le mail, per prendere in carico le questioni più delicate e selezionarle per il SISP. Abbiamo realizzato una centrale operativa COVID per la sorveglianza sanitaria dei pazienti, attraverso uno strumento informatico donato dalla ditta Zucchetti, predisposto per la gestione dei dati clinici forniti dagli stessi pazienti mediante tale applicazione; le informazioni, elaborate e analizzate dal sistema, hanno permesso agli operatori di valutare la gravità dell'infezione e, ove necessario, di attivare le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), i Medici di Medicina Generale (MMG) o il 118.

Una menzione particolare merita il laboratorio di virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia, diretto dalla dott.ssa Valeria Ghisetti: nonostante gli spazi insufficienti e l'iniziale carenza di organico, con il suo personale, costituito prevalentemente da donne, è stato il primo a mettere a punto il sistema per gli esami molecolari e, nella prima fase, ha retto almeno la metà dei tamponi regionali, processandone un quarto al termine della prima ondata.

Per quanto riguarda la medicina territoriale, inizialmente è stato difficile gestire una situazione così inattesa: non c'era chiarezza sulle forniture dei DPI (dispositivi di protezione individuale), né sui percorsi da seguire. Progressivamente, attraverso un lavoro di costante condivisione, abbiamo attivato gli interventi necessari per il controllo della pandemia.

Sono state avviate le USCA, unità speciali diurne a supporto dei MMG, dotate di centrale operativa, mezzi di servizio, DPI e costituite da personale sanitario appositamente formato. È stata superata l'entità numerica prevista dal DL 9/3/2020: a oggi vi operano 119 medici, per un totale di una ventina di squadre.

Con i MMG abbiamo definito un protocollo per le cure COVID a domicilio. La nota criticità dell'ossigenoterapia domiciliare è stata contenuta, riducendo da 12 a 6 ore il tempo richiesto per portare le bombole a domicilio; nelle aree di pronto soccorso sono state inserite figure amministrative addette



CORONAVIRUS

La programmazione della sanità negli anni passati non ha sicuramente rafforzato i servizi territoriali; in particolare riguardo alle malattie infettive, già in passato i casi di Ebola e SARS avrebbero dovuto indurre gli amministratori a una maggior attenzione



esclusivamente alla fornitura di ossigenoterapia domiciliare, ai rapporti con i MMG e con le USCA.

Nel luglio 2020 è stato costituito il DIRMEI (Dipartimento Interaziendale Malattie ed Emergenze Infettive) con sede all'Ospedale Valdesse, ristrutturato in tempi record, riportando la sanità al centro dell'unità di crisi; tale risoluzione si è dimostrata un valido aiuto durante seconda ondata, di fatto peggiore della prima.

Con l'allestimento del presidio sanitario alle OGR (Officine Grandi Riparazioni) è stata realizzata un'area temporanea tecnologicamente avanzata in un luogo simbolo di Torino, ove sono stati portati a termine alcuni progetti molto apprezzati a livello internazionale: l'interazione con i medici cubani, la terapia intensiva, la fisioterapia portano a ritenere questa esperienza fra le più felici nell'ambito degli ospedali da campo. Le strutture delle OGR sono poi state riutilizzate all'Ospedale Oftalmico consentendoci, senza esborsi economici, di allestirvi in tre mesi un ospedale per l'emergenza COVID con 100 posti letto.

Nel momento di massima pressione della pandemia l'Ospedale Martini è stato riconvertito in COVID Hospital; questa operazione ci ha permesso di ristrutturarne il Pronto Soccorso, creando anche un'area di terapia subintensiva adiacente.

Proprio quando tutti i calcoli del sistema ci davano prossimi al collasso se non avessimo reperito nuovi posti letto, è nato l'ospedale da campo del Valentino, dotato di 450 posti letto; allestito dalla ASL Città di Torino, è ora in gestione alla Città della Salute e potrebbe essere messo velocemente in funzione in caso di nuovi picchi pandemici. In ipotesi c'è anche la sua utilizzazione come hotspot vaccinale per la popolazione.

Soprattutto durante la seconda ondata della pandemia, la sanità privata ha offerto un importante apporto. Sono state sperimentate forme nuove di collaborazione, miste pubblico-privato, con operatori sanitari ASL all'interno di strutture nuove: abbiamo utilizzato una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) mai attivata, in parte come appendice dell'ospedale, in parte come struttura post-ricovero. Abbiamo infine contrattualizzato alcuni alberghi.

Abbiamo attivato gli hotspot per l'esecuzione dei tamponi, creando una rete di fondamentale importanza.

Sono state avviate molte assunzioni, 600 circa nella sola ASL Città di Torino. Gli operatori in fase di assunzione sono stati formati e addestrati in relazione alla tipologia di servizio richiesto. La maggior parte del personale è stato reclutato per rafforzare la risposta territoriale. Per far fronte all'emergenza, sono state utilizzate tutte le tipologie contrattuali: a tempo determinato, in convenzione, attraverso bandi di concorso, agenzie interinali, libera professione.



Come sono state gestite le criticità delle RSA?

Oggi la situazione è sotto controllo: il piano dei tamponi, prima molecolari e poi rapidi, messo in atto dal DIRMEI sugli operatori e sugli ospiti, con periodicità settimanale o quindicinale a seconda dei rischi presentati dalla struttura, ha permesso di attuare uno screening importante e di isolare i casi. Attraverso le USCA sono stati attivati interventi là dove mancava il personale sanitario ed è stata formata un'équipe infermieristica a supporto di quelle situazioni nelle quali era difficile garantire un'assistenza adeguata. Con la profilassi vaccinale, entro fine anno dovrebbe ristabilirsi una situazione di sicurezza. A fronte dell'iniziale divieto di accettazione di nuovi ospiti in caso di presenza di pazienti positivi, si è potuto riprendere gli inserimenti, previa verifica della sussistenza delle condizioni di sicurezza da parte della Commissione di Vigilanza.



Vaccinazioni e COVID: quali sono le strategie organizzative per garantire a tutta la popolazione torinese la copertura vaccinale necessaria? Quali reti territoriali sono state attivate?

Ci siamo adeguati alle indicazioni nazionali programmando le vaccinazioni a seconda delle priorità individuate.

Le strategie di copertura vaccinale della popolazione sono indicate dall'unità di crisi, nella persona del dott. Antonio Rinaudo, responsabile del piano vaccini. Sarà necessario creare grandi hotspot e prevedere squadre domiciliari per i cittadini che non possono spostarsi, con la collaborazione dei MMG.



Che prospettiva organizzativa prevede per affrontare eventuali altre ondate epidemiche?

Il modello di presa in carico del paziente si è esteso da Torino a tutta la Regione. È stata avviata la centrale operativa che gestisce il call center regionale, interagisce con i SISP delle singole Aziende Sanitarie e con i MMG e dà informazioni sulla campagna vaccinale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Martini e l'Oftalmico rimangono, al bisogno, come ospedali dedicati a COVID; il padiglione del Valentino, non smantellato, potrà essere nuovamente in funzione in caso di nuovi picchi pandemici. Le strutture private vengono mantenute in rete per eventuali necessità straordinarie.

Nella ripresa delle attività ordinarie, sia ospedaliere sia territoriali, ci muoviamo con estrema cautela in considerazione dei rischi di ripresa del contagio e del fatto che molti operatori sono ancora reclutati per attività di tracciamento dei contatti, per i tamponi e per i vaccini.



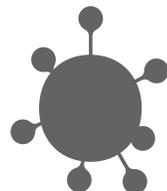
La riorganizzazione della sanità piemontese richiede fondi ingenti: quelli di cui ha disposto, da dove sono arrivati? In quali progetti sono stati o verranno impiegati?

Tutte le spese per il Coronavirus sono contabilizzate separatamente dal bilancio ordinario dell'azienda e accantonate; saranno gestite dalla Regione che dovrebbe provvedere al ristoro con fondi statali ed europei e con il Recovery Fund.

Parte dei costi sono stati ripianati da privati attraverso donazioni: l'operazione OGR e la ristrutturazione dell'ospedale Oftalmico sono state gestite con fondi privati della Compagnia di S. Paolo; il Valentino è stato realizzato con fondi della banca S. Paolo.

I fondi deliberati dal commissario Arcuri per le ristrutturazioni delle aree ospedaliere di pronto soccorso hanno subito ritardi e sono stati fruibili solo da novembre 2020. I bandi, i progetti esecutivi e gli appalti dei lavori sono stati gestiti a livello centrale. La ASL Città di Torino ha autonomamente provveduto, con fondi propri e donati da privati, a una parziale ristrutturazione del laboratorio di virologia dell'Ospedale Amedeo di Savoia.

Nella ripresa delle attività ordinarie, sia ospedaliere sia territoriali, ci muoviamo con estrema cautela in considerazione dei rischi di ripresa del contagio e del fatto che molti operatori sono ancora reclutati per attività di tracciamento dei contatti, per i tamponi e per i vaccini



INTERVISTA A Patrizia MATHIEU

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Patrizia Mathieu, Medica di Medicina Generale (MMG) a Torino



L'epidemia di COVID ha messo in luce tutte le criticità del SSN che nell'ultimo decennio i medici, sia attraverso gli ordini professionali sia attraverso le rappresentanze sindacali, hanno continuamente denunciato: dalla carenza degli specialisti al depauperamento della medicina territoriale, alla riduzione del finanziamento alla sanità, alla vetustà degli ospedali. In che modo questo ha influito sulla organizzazione e la gestione di uno studio di MMG e quali sono state le maggiori criticità nelle varie fasi della pandemia?

Tutto vero, eravamo abituati a convivere con questa situazione di inefficienza.

La medicina territoriale si articola con il distretto, ma i MMG non ricevono supporti; nel terribile periodo di carenza dei DPI, in cui si sono perfino verificati episodi tipo borsa nera, abbiamo sollecitato l'aiuto del distretto: ci è stato risposto che avremmo dovuto procurarceli e acquistarli in maniera autonoma, analogamente allo sfigmomanometro, al fonendoscopio, alle altre attrezzature dello studio. Ciò detto, sebbene io sia stata una fervida sostenitrice del rapporto di dipendenza dei MMG, in questa circostanza, con i colleghi di équipe, abbiamo avuto maggiore libertà d'azione e, non appena possibile, abbiamo potuto dotarci rapidamente dei DPI necessari. La medicina di gruppo mi ha consentito di non essere sola e di provvedere al necessario anche per il personale di studio che ha sempre lavorato partecipando attivamente. La SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) ha fornito materiale di studio e le schede di triage, e addirittura il mio software medico, Millewin, che mi ha consentito di inserire prontamente i supporti decisionali nella cartella clinica. ▶



focus Dossier Pandemia: i Testimoni

La maggiore criticità, non tanto clinica quanto organizzativa, è stata la diversa gestione dell'accesso allo studio e delle visite; abbiamo avuto moltissimi contatti telefonici e qualche videochiamata: trattandosi di pazienti per lo più anziani, la mancanza di un contatto diretto è stata molto sofferta. Con gli ambulatori territoriali chiusi, personalmente sono arrivata a gestire 90 telefonate al giorno!

Un altro problema si è verificato con la sospensione delle visite a domicilio, quantomeno nella prima fase, per evitare il contagio e la trasmissione dell'infezione. L'esperienza mi ha insegnato che una buona anamnesi, con la conoscenza della storia clinica del paziente attraverso il costante contatto telefonico, può essere un approccio efficace. Al tempo stesso si sono create relazioni molto intense sia con i pazienti sia con i familiari dei soggetti ricoverati, che telefonavano per dare notizie, porre domande, chiedere chiarimenti. Le ore di lavoro sono aumentate moltissimo: dopo lo studio, ormai di almeno otto ore giornaliere, è necessario rispondere alle mail e alle telefonate, prenotare, leggere, documentarsi, seguire gli aggiornamenti. Alcune prestazioni, che prima della pandemia venivano effettuate in ospedale, non vengono più erogate in questa sede: ad esempio, ai pazienti oncologici viene consegnata la terapia iniettiva e all'inoculazione devo provvedere io in studio.



Come ha funzionato il portale COVID, usato inizialmente per caricare casi e contatti e successivamente per i vaccini?

Lo scorso aprile, il primo paziente che finalmente è riuscito a prenotare e a effettuare il tampone ha brindato virtualmente con me!

Ancora oggi, a un anno di distanza, la prenotazione dei tamponi è difficoltosa; le sedi non sono state potenziate e sono ubicate in zone poco accessibili. Il SISP di Torino continua a non funzionare e accumula ritardi considerevoli, per cui, ad esempio, i pazienti ricevono l'ordinanza di quarantena dopo averla terminata.

Il sistema di prenotazione dei vaccini sulla piattaforma regionale è lento e in alcuni casi non permette di modificare i dati inseriti. Il programma vaccinale non rispetta i tempi previsti: solo qualcuno dei miei pazienti ultraottantenni è stato vaccinato, mentre so di una collega che assiste 150 anziani over 80 nessuno dei quali, a oggi, ha ricevuto il vaccino.



Come sono state le relazioni e gli scambi tra MMG, USCA, Unità di Crisi e DIRMEI?

Fra la nostra società scientifica e il DIRMEI si è creato un canale diretto; sono stati elaborati protocolli appropriati che però non vengono applicati.

Non è possibile contattare direttamente i sanitari delle USCA, che dovrebbero interfacciarsi prioritariamente con noi che conosciamo i pazienti, a meno che non si conosca personalmente qualcuno... è una prassi molto italiana, ma certamente non fa sistema; non c'è dialogo istituzionale, bisogna necessariamente passare dal portale, con una latenza temporale rilevante.

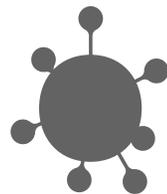
Non sono stati attivati gli ambulatori USCA previsti per consentire il controllo dei pazienti a cadenza regolare e offrire una serie di prestazioni utili per una diagnosi e una stadiazione più appropriata della malattia.

A un anno di distanza, non è cambiato nulla.



Come è variata la relazione di cura con i pazienti? Si è riusciti a passare in parte alla telemedicina? Cosa manca ancora?

Di persona, purtroppo, difficilmente si riesce a comunicare; ci aiuta la conoscenza che abbiamo del paziente e la sua cartella clinica.



Per i giovani il rapporto telefonico è più facile; il problema maggiore è con le persone anziane e negli ambiti dove il contesto culturale e socio-economico è più modesto. Le ricette dematerializzate con il numero e il codice a barre mettono in difficoltà, manca la carta, la fisicità; molti pazienti faticano a capire e a adeguarsi alla situazione, al fatto che è necessario venire in ambulatorio con l'appuntamento, che non si può chiacchierare in sala d'attesa, che non è possibile fare la fila per le scale ecc. Personalmente non ricordo momenti di forte tensione, né rilevanti difficoltà di comunicazione, anzi ho ricevuto attestazioni di solidarietà dai pazienti che si preoccupavano per la mia salute ("Dottoressa come sta? Abbia cura di lei!").



Le forniture di DPI sono state adeguate? Sono cambiate nel corso della prima, seconda e terza ondata?

Personalmente non ricordo momenti di forte tensione, né rilevanti difficoltà di comunicazione, anzi ho ricevuto attestazioni di solidarietà dai pazienti che si preoccupavano per la mia salute

Inizialmente molti DPI erano contingentati o addirittura non reperibili, poi il problema della fornitura è stato risolto e oggi i negozi di articoli sanitari sono forniti di tutto il necessario. La ASL fornisce alcuni DPI, ma la qualità non è delle migliori; personalmente preferisco acquistare il materiale in autonomia.

La nostra società scientifica, ora come allora, ci è di molto aiuto con l'invio periodico di aggiornamenti e di strumenti utili allo screening, come, ad esempio, la scheda di triage. ►





Credi possa essere valido il sistema vaccinale israeliano? Applicabile da noi? In che modo? Come sono stati coinvolti i MMG nella campagna vaccinale? In che tempistiche?

Fra le molte criticità legate alla pandemia, è preoccupante il ritardo irrecuperabile in tutte le prestazioni di controllo (le visite e gli esami periodici): è vero, c'è sempre stata una fascia di inappropriata nel numero e nella tempistica, ma molti sono i casi clinici complessi che, con il blocco delle prestazioni ordinarie erogate dal SSN, rischiano di non essere opportunamente trattati, oppure vengono dirottati sulle strutture private

A mio parere il sistema israeliano è poco riproducibile da noi: la loro storia, costellata da guerre, ha imposto una formazione militare e una disciplina tali da generare pronte risposte in caso di situazioni di emergenza, cosa che in Italia non avviene. Forse, se si affidassero le vaccinazioni agli alpini, si potrebbe risolvere questo nodo critico.

Anziché occupare piccoli spazi, bisognerebbe utilizzare le palestre e le grandi strutture, creare tendoni davanti agli ospedali in modo da poter intervenire prontamente in caso di reazioni avverse.

Anche sulle categorie da vaccinare i pareri sono contrastanti rispetto alle scelte fatte: perché non iniziare dai giovani per proteggere gli anziani?

Per quanto riguarda i MMG, gli impiegati dello studio vengono vaccinati solo negli ambulatori dei medici che ricevono già un contributo per il personale; per tale motivo, molti colleghi hanno dovuto attivare lo smart working.

È stato richiesto ai MMG di effettuare i vaccini su base volontaria; dopo la registrazione sul portale regionale dedicato, gli ultrasessantenni potranno essere vaccinati, con l'eccezione dei soggetti estremamente vulnerabili che dovranno recarsi negli hotspot regionali, nonostante il MMG sia quello che li conosce meglio; mi chiedo come si possa pensare di raccogliere l'anamnesi di questi soggetti senza conoscerli.

Un altro problema di ordine medico-legale riguarda la capacità di intendere e di volere e il consenso informato: i due sanitari addetti alla vaccinazione, che non conoscono il soggetto, cosa dovranno garantire esattamente? Anche in questo caso l'organizzazione latita. Ci tengo a riportare la nostra recente esperienza di organizzazione della campagna antinfluenzale; l'abbiamo organizzata senza avere ancora i vaccini; all'inizio non si trovavano neppure a pagamento in farmacia e so di qualche paziente che si era recato in Francia per acquistarlo. I pazienti sono stati prenotati a gruppi di cinque per evitare gli assembramenti, ma, non essendo pervenuti i vaccini, abbiamo dovuto disdire le prenotazioni telefonando ai pazienti e riprenotandoli quando sono state consegnate le forniture. Devo dire che il fatto di lavorare in una medicina di gruppo è stato di grande aiuto: personalmente quest'anno ho somministrato 525 vaccini antinfluenzali.

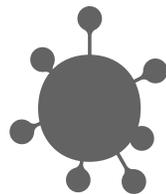
Fra le molte criticità legate alla pandemia, è preoccupante il ritardo irrecuperabile in tutte le prestazioni di controllo (le visite e gli esami periodici): è vero, c'è sempre stata una fascia di inappropriata nel numero e nella tempistica, ma molti sono i casi clinici complessi che, con il blocco delle prestazioni ordinarie erogate dal SSN, rischiano di non essere opportunamente trattati, oppure vengono dirottati sulle strutture private.

Fra la prima, la seconda e la terza ondata, i casi COVID si sono modificati: inizialmente erano più gravi e trattati prevalentemente in regime ospedaliero, ora sono più numerosi e la maggior parte viene gestita a domicilio. In ottobre e novembre, meno di un decimo dei casi ha richiesto l'ospedalizzazione; la maggior parte dei pazienti è stata seguita a casa in collaborazione con le USCA. Ora il personale di tali Unità è impegnato per le vaccinazioni e dunque la gestione domiciliare dei pazienti è nuovamente difficile.



Fra i tuoi pazienti ci sono stato tanti decessi?

Nessuno per COVID, circa un paio al mese per altre patologie. Ho avuto pazienti molto critici che fortunatamente hanno superato la malattia.



INTERVISTA A **Adriana BOCCUZZI**

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Adriana Bocuzzi, Direttrice del Dipartimento Emergenza e Accettazione dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano



Come sottolineato con altri testimoni intervistati l'epidemia di COVID ha messo a nudo tutte le criticità del SSN che nell'ultimo decennio i medici, sia attraverso gli ordini professionali, sia attraverso le rappresentanze sindacali hanno continuamente denunciato, dalla carenza degli specialisti al depauperamento della medicina territoriale, alla riduzione dei finanziamenti alla sanità, alla vetustà degli ospedali... In che modo questo ha influito sull'organizzazione e la gestione di un reparto di Emergenza e quali sono state le maggiori criticità nelle varie fasi della pandemia?

La prima fase è stata quella dell'apprendimento: nessuno di noi sapeva nulla del COVID-19 e tutto quello su cui ci potevamo basare erano le indicazioni del WHO (World Health Organization). All'inizio non pensavamo a un'epidemia, pensavamo a casi sporadici, e quindi abbiamo cominciato a studiare il percorso COVID, a dotarci dei DPI, per poi trovarci impreparati quando è scoppiata veramente, perché non c'è stato "un" caso ma di colpo sono arrivati in tanti.

Il percorso per un paziente funzionava bene, ma quando i pazienti sono diventati dieci le cose sono cambiate. Quindi ci siamo trovati in difficoltà perché abbiamo dovuto modificare il metodo di lavoro, nel senso che è stato necessario creare un'area dove potessimo fare il pre-triage e convertire la shock room e alcune sale visita in percorso COVID.

All'inizio, dopo l'arrivo di un paziente sospetto, ci volevano 10-12 ore per avere il risultato di un tampone; con tanti pazienti sospetti, era necessario fidarsi della clinica, un po' dell'ecografia e un po' incrociare le dita. Poi c'era la parte amministrativa: dovevano essere inseriti i dati sul portale, per cui ci siamo trovati a essere noi soli, con tanti compiti in più da svolgere. Abbiamo capito che ci serviva qualcuno che si occupasse della logistica, perché arrivavano tanti pazienti e dovevamo organizzarci; io c'ero sempre, anche 14 ore al giorno, e non bastava; per fortuna, nel nostro gruppo siamo abbastanza ben distribuiti come età e come esperienza, per cui quelli con più esperienza si occupavano della logistica; non bisognava tenere le varie tipologie di pazienti insieme, quindi abbiamo aumentato il personale che lavorava in OBI (Osservazione Breve Intensiva) per separare i pazienti che si fermavano ma non potevano essere subito ►



Uno dei problemi era che arrivavano pazienti critici o anziani pluripatologici, per i quali la rianimazione non era ancora indicata, ma avrebbe potuto diventarlo nel giro di 48 ore; a quei pazienti abbiamo dedicato un'area subintensiva. Nel frattempo anche la Pneumologia ha aperto dei posti subintensivi, per cui siamo riusciti ad avere la rianimazione con i letti e due reparti subintensivi



ricoverati, con un medico che vedesse i "puliti" e un medico che vedesse gli "sporchi". Pur essendo noi una realtà più fortunata come organico rispetto a tanti PS del Piemonte, non essendo sotto organico in partenza, non ci bastavano le persone per fare tutto. Per fortuna avevamo gli specializzandi che frequentavano: erano ragazzi che conoscevamo già, che sapevano come si lavorava; non li lasciavamo mai da soli, erano sempre in affiancamento ma davano una mano. Nel frattempo i pazienti sono così aumentati che si è reso necessario organizzare un reparto COVID. Dalla letteratura sembrava che COVID significasse "rianimazione", invece tra COVID e rianimazione c'era tutto uno spettro di gravità, con pazienti che non avevano bisogno della rianimazione ma che non potevi mandare in un reparto normale, anzi dovevi mandare in un reparto subintensivo perché avevano bisogno della ventilazione, della CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) e del monitor, per cui, da un giorno all'altro, abbiamo creato un reparto COVID, con 14 letti monitorizzati: anche gli infermieri sono stati spettacolari; non sapevamo niente di COVID e abbiamo imparato. So che anche alle Molinette ci sono stati problemi con la tempistica dei tamponi. La burocrazia era terribile.

COVID ha creato una sinergia di intenti e una collaborazione che prima non c'erano. Abbiamo creato un gruppo dei Direttori di Medicina d'Urgenza e di PS – ci conoscevamo tutti – e subito abbiamo fatto i turni per andare in Unità di Crisi. Questo ha permesso di avere rapporti con quelli che erano in Unità di crisi, che stavano dall'altra parte nella postazione dedicata a DEA e PS, per cui il problema delle autorizzazioni alle richieste è diventato relativo, non è durato molto.

Uno dei problemi era che arrivavano pazienti critici o anziani pluripatologici, per i quali la rianimazione non era ancora indicata, ma avrebbe potuto diventarlo nel giro di 48 ore; a quei pazienti abbiamo dedicato un'area subintensiva. Nel frattempo anche la Pneumologia ha aperto dei posti subintensivi, per cui siamo riusciti ad avere la rianimazione con i letti e due reparti subintensivi.

Poi di colpo è crollato il numero di passaggi in PS (ancora adesso non sono tornati uguali al primo periodo della pandemia). Dopo la prima settimana, praticamente in PS non arrivavano più codici verdi, per cui anche questo ha permesso di distribuire meglio le risorse. Abbiamo dovuto imparare sul campo e, spesso, improvvisare.

Nella seconda ondata i problemi più grossi quali sono stati, secondo te?

Tra la prima e la seconda ondata, praticamente in ospedale non avevamo più COVID. Avevamo un unico posto letto COVID in Medicina d'Urgenza, dove tra i 14 letti c'è una stanza di isolamento, con pressione negativa; per cui un COVID potevamo ricoverare, e ci è capitato che ce ne fosse proprio uno.

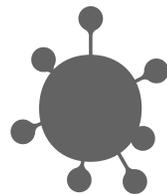
E poi di colpo sono arrivati di nuovo tanti pazienti: stava arrivando la seconda ondata; questo ha significato un maggior numero di persone che aspettavano di essere ricoverate perché non c'era più posto in ospedale, sia COVID che non COVID.

Con la seconda ondata avevamo l'organizzazione.

La prima ondata ci ha insegnato, la seconda ha messo in luce una serie di problemi che non sono ancora finiti.

Per far fronte all'esigenza di tanti posti letto COVID, l'ASL Città di Torino ha deciso di aprire COVID Hospital al Martini e all'Oftalmico, mentre le altre strutture proseguono l'attività clinica consueta.

Il momento peggiore fu il 5 novembre: avevamo tutta la Medicina d'Urgenza piena di subintensiva, tutta la pneumologia piena più i reparti COVID a normale intensità, e inoltre avevamo 19 pazienti in PS con il casco, per cui a un certo punto si è messo a "suonare" l'ossigeno. Per fortuna, il vecchio PS del San Luigi era stato attrezzato tra la prima e la seconda ondata per cui abbiamo potuto portare i pazienti lì ed è andata bene. Tra i miei collaboratori che hanno lavorato in quel weekend, quattro hanno contratto COVID, nonostante tutte le precauzioni.



Qual è stato il rapporto con l'Unità di Crisi e successivamente con il DIRMEI riguardo alle indicazioni e ai protocolli da adottare e per i rapporti dell'ospedale con le realtà territoriali?

Noi, essendo Azienda Ospedaliera Universitaria, non abbiamo territorio. Il rapporto con l'Unità di Crisi è stato proficuo: c'era la postazione della Medicina d'Urgenza con cui abbiamo collaborato bene e nei momenti più difficili ci siamo anche aiutati per la disponibilità dei posti letto. Fin dalla prima ondata, tutte le mattine ci mandavamo i dati di ogni PS e medicina d'urgenza, di modo che tutti sapevamo cosa succedeva e se c'erano dei posti liberi di subintensiva.

Per quanto riguarda i protocolli, quello è stato il problema maggiore: qualche protocollo in più sarebbe stato necessario, per uniformare, per dare maggiore sicurezza, per potersi interfacciare meglio con gli altri servizi. Adesso qualcosa sta arrivando: come ricoverare, che tipo di tamponi eseguire, ecc.

Quello che sta funzionando bene adesso è che c'è un censimento quotidiano, fatto dal DIRMEI, dei posti disponibili nelle strutture esterne a bassa intensità: ospedale di Carmagnola, Verduno, Cottolengo, Villa Pia, Vialarda di Biella, Eporediese, Salus di Alessandria. Questo ha aiutato a ottimizzare le risorse.



Le donne sono state particolarmente penalizzate dall'epidemia per l'ulteriore difficoltà di conciliazione dell'attività lavorativa con quella di cura, insieme alla paura del contagio per sé e per i propri familiari, senza considerare il fatto di avere i figli a casa per la chiusura delle scuole e la scarsità di sostegno alle famiglie. Come è stata l'esperienza nel tuo reparto e quali, nel lungo termine, le conseguenze fisiche e psichiche?

Ho abbastanza donne nel mio reparto e ne sono contenta. Io ho una figlia di 18 anni e quindi sono fortunata rispetto a chi ha figli piccoli. Dopo aver dormito una notte a casa con la mascherina ho capito che così era troppo; già avevo l'angoscia, tornavo tutte le sere tardi, ero sempre reperibile. Dopo 5 giorni mi sono trasferita da sola nella vecchia casa di mio fratello: non ho visto i miei per un mese e mezzo

Ho abbastanza donne nel mio reparto e ne sono contenta. Io ho una figlia di 18 anni e quindi sono fortunata rispetto a chi ha figli piccoli. Dopo aver dormito una notte a casa con la mascherina ho capito che così era troppo; già avevo l'angoscia, tornavo tutte le sere tardi, ero sempre reperibile. Dopo 5 giorni mi sono trasferita da sola nella vecchia casa di mio fratello: non ho visto i miei per un mese e mezzo, ci siamo sentiti con le chiamate su Skype, perché non volevo tornare a casa; questo mi ha aiutato a essere più serena. Non avevo tanta paura per mia figlia grande, autonoma; né per mio marito, che essendo psichiatra, veniva meno a contatto con i COVID in prima battuta; la mia paura era per la mia mamma, che abita davanti a me. Le altre colleghe – e i colleghi – avendo dei figli piccoli si sono trovati più in difficoltà: qualcuno li ha mandati dai nonni, così non vedeva né genitori né bambini e continuava a lavorare in maniera tranquilla. Qualcun altro li ha tenuti a casa, tanto non andavano a scuola; chi aveva mariti che lavoravano da casa era leggermente agevolata nella gestione. Nessuno si è tirato indietro nel nostro gruppo: c'è stato chi si è ammalato nel primo giro, chi nel secondo, però nessuno ha saltato un turno.



Nel vostro ospedale c'è un servizio di sostegno psicologico per i dipendenti?

Devo dire che è un aspetto interessante. Ho visto diversi comportamenti nel personale: c'è stato il momento dell'adrenalina pura, poi ci si è rilassati, al secondo giro una percezione di ostilità da parte dell'ambiente e questo è stato duro da affrontare; una notte è arrivata una persona a farmarci, per sostenere i negazionisti e dimostrare che non era vero niente e questo è stato pesante.

Noi insieme alla psichiatria del prof. Maina, visto che abbiamo gli specializzandi e una studentessa del quinto anno di medicina interessata all'argomento, abbiamo appena avuto il parere del comitato etico per una survey sul burn out e i meccanismi di coping, per tutto il personale dell'azienda, reparti COVID e non COVID, e poi vedremo se allargarlo al personale delle medicine d'urgenza piemontesi.

focus Dossier Pandemia: i Testimoni

Vorremmo ripetere la survey a distanza di tempo per vedere se cambia qualcosa nello stress post-traumatico.

C'è stata molta superficialità all'inizio, c'è stato un po' di tutto: il minimizzare, la rincorsa alla certezza, il cercare l'esame diagnostico perfetto.



A proposito di esame diagnostico perfetto, quali problematiche hai riscontrato con i tamponi?

È un argomento complesso e i dati sono contrastanti.

Avevamo aspettative per gli antigenici, il cui valore dipende tanto dalla probabilità pre-test: se viene eseguito su una popolazione a bassa probabilità di avere COVID e risulta negativo, ci credi; se risulta positivo esegui il test molecolare; al contrario, se la probabilità è alta, se risulta negativo non ci credi e per capire come utilizzarlo c'è voluta esperienza. Speravamo che risolvessero il problema ma non è stato così: più studi, più scopri. Anche il test molecolare rapido sembrava identico al molecolare standard, ma non è così perché per essere rapido ha delle caratteristiche tecniche diverse, non ha la stessa specificità e sensibilità ma tutte queste cose le impari man mano. Tutti questi aggiustamenti per il personale sono problematici: tu sai queste cose ma non sempre i tuoi collaboratori le sanno; per cui non capiscono se ogni giorno dici una cosa diversa.

Il DIRMEI adesso ha fatto chiarezza stilando una procedura. All'inizio, quando sono arrivati gli antigenici ha mandato le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, che però non erano un algoritmo decisionale e quindi non si capiva bene come usarle. Un giorno, abbiamo usato l'antigenico per ricoverare perché avevamo finito i reagenti e ci sembrava che potesse sostituire il molecolare; ma è bastato un giorno per capire che non dovevamo più ricoverare nessuno su quella base.

Avevamo aspettative per gli antigenici, il cui valore dipende tanto dalla probabilità

pre-test: se viene

eseguito su una popolazione a bassa probabilità di avere COVID e risulta negativo, ci credi;

se risulta positivo esegui il test molecolare; al contrario, se la probabilità è alta, se risulta negativo non ci credi e per capire come utilizzarlo c'è voluta esperienza. Speravamo che risolvessero il problema ma non è stato così: più studi, più scopri



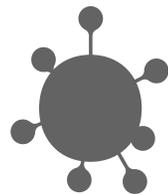
Ci saranno problemi con le denunce?

L'unico modo che abbiamo per proteggerci è dire che noi abbiamo fatto in scienza e coscienza quello che sapevamo. È chiaro che se all'inizio non eravamo a conoscenza di tutta una serie di cose, dopo eravamo tenuti a saperle. Speriamo che chi si troverà a giudicare capisca cosa vuol dire lavorare in emergenza, in quelle condizioni, cercando di fare del proprio meglio, non riuscendovi sempre.



Per quanto riguarda la comunicazione, cosa pensi dei mezzi di comunicazione, della spettacolarizzazione, del fatto che ci siano tanti infettivologi, con opinioni non uniformi? Da un lato ha contribuito a sortire sull'opinione pubblica l'effetto contrario. La popolazione alla fine ha una sorta di rifiuto e diventa quasi insensibile: quello che colpisce è che poi accettiamo tutti che muoiano 300 persone al giorno, un numero enorme, cui ci siamo adattati come se fossimo anestetizzati.

È sbagliato trasporre quella che è una discussione tra esperti in una comunicazione di massa: spesso le persone, persino quelle colte, hanno tutti gli strumenti per capire; noi stessi brancolavamo, prima usavamo gli antivirali e poi l'idrossiclorochina. Il messaggio che non è mai passato veramente è che la medicina non è perfetta, si fa del proprio meglio. Non tutti i pazienti COVID sono guaribili, e se qualcuno non ce la fa, non necessariamente c'è sempre il colpevole o l'errore. In una situazione di emergenza, facciamo del nostro meglio e questo non vuol dire "liberi tutti" ma neanche significa giudicare a posteriori quello che è stato fatto in una situazione diversa.



INTERVISTA A Patrizio SCHINCO

a cura di
Commissione Pari Opportunità



Patrizio Schinco, Dirigente Medico Dipartimento Emergenza e Urgenza
AOU Città della Salute e Scienza di Torino, psicoterapeuta



L'epidemia di COVID ha messo in luce tutte le criticità del SSN che nell'ultimo decennio i medici, sia attraverso gli ordini professionali sia attraverso le rappresentanze sindacali, hanno continuamente denunciato: dalla carenza degli specialisti al depauperamento della medicina territoriale, alla riduzione del finanziamento alla sanità, alla vetustà degli ospedali. In che modo questo ha influito sulla organizzazione e la gestione di reparto ospedaliero e quali sono state le maggiori criticità nelle varie fasi della pandemia?

Eravamo stati avvisati della possibilità di pandemia già nel 2003 con l'esplosione della SARS, e allora sebbene inesperti ci eravamo dotati di informazioni, presidi e avevamo realizzato nel nostro Ospedale un reparto SARS a pressione negativa per i casi positivi. La Città di Torino aveva poi ospitato nel 2006 le Olimpiadi invernali e anche allora, sfruttando quello che avevamo realizzato tre anni prima, prima avevamo studiato un sistema doppio di tutto per fronteggiare le emergenze e anche le maxi-emergenze con l'utilizzo di tutti gli spazi alternativi, corridoi, ambulatori, financo la Chiesa dell'Ospedale Molinette come degenza. L'Ospedale era costellato di armadi rossi con la scritta "DPI". Tutto faceva pensare che fosse impossibile essere colti di sorpresa, ma sono passati quattordici anni durante i quali il processo di aziendalizzazione ha inciso pesantemente sulle risorse, sulle modalità di trasmissione delle informazioni e sulla disponibilità di persone e di materiale. ▶



Quando è scoppiata la notizia certa dell'epidemia abbiamo visto all'opera un sistema che faceva resistenza a staccarsi dalla normalità per riconvertirsi all'emergenza: i DPI sono diventati subito introvabili e per avere cinque mascherine chieste il lunedì mattina – dopo una epopea di lettere, mail e fax – siamo riusciti ad averle il venerdì pomeriggio (per soli cinque sanitari)

I segnali non mancavano: il gruppo elettrogeno di emergenza era rimasto inattivo durante un calo di tensione perché l'ufficio economato non aveva acquistato il gasolio (ufficialmente per una svista, informalmente per spostare al mese successivo la spesa per rimanere nel budget), mio padre era sotto i ferri in sala operatoria in quell'occasione e quindi ne parlo per conoscenza diretta. Nel giro di quindici anni il governo clinico era passato agli amministrativi e i medici dovevano elemosinare e giustificare ogni cosa ricevendo invariabilmente un "no" nel novanta per cento dei casi.

Quando è scoppiata la notizia certa dell'epidemia abbiamo visto all'opera un sistema che faceva resistenza a staccarsi dalla normalità per riconvertirsi all'emergenza: i DPI sono diventati subito introvabili e per avere cinque mascherine chieste il lunedì mattina – dopo una epopea di lettere, mail e fax – siamo riusciti ad averle il venerdì pomeriggio (per soli cinque sanitari). I famosi armadi rossi erano stati svuotati e contenevano solo asce da falegname. Le riserve di mascherine sono state saccheggiate nella notte fra la domenica e il lunedì. È stato quasi impossibile gestire il sistema COVID/non COVID perché si è dimostrato da subito inefficiente il triage con la misurazione della temperatura di chi accedeva in ospedale e dei possibili contatti; ciò ha portato al contagio di pazienti sani e di personale in tempi rapidissimi. La gestione della prima ondata è ricaduta sulle spalle del personale medico e infermieristico che ha risposto con entusiasmo nonostante la paura e l'impreparazione delle strutture di Igiene.

I rapporti con il territorio tuttavia in questa fase sono stati inesistenti, nella prima ondata tutto il peso si è riversato sui Pronto Soccorso, mitigato solo dal fatto che gli altri utenti non COVID non volevano venire in ospedale, e questo ha portato a un aumento impressionante della mortalità per malattie cardiovascolari, con un ritardo nella diagnosi dei malati oncologici che si è visto drammaticamente nell'autunno del 2020, con l'arrivo di pazienti che sei mesi prima potevano essere trattati e che alla fine dell'anno si presentavano in uno stadio troppo avanzato di malattia.

Il rapporto con i pazienti è stato drammatico: trasportati in un ambiente sconosciuto, di fronte a personale che pur si adoperava per aiutarli, i pazienti si sono visti privati di ogni contatto con i familiari e i parenti e spesso hanno dovuto abbandonare la vita senza alcun conforto; trasportati ovunque ci fosse un letto libero anche lontanissimo e da dove non potevano comunicare con nessuno.

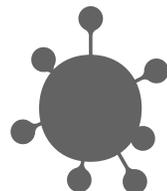
Lo sgomento dei parenti è stato parimenti angoscioso, impossibilitati a ricevere notizie certe e regolari e persino in alcuni casi senza sapere con certezza dove fossero ricoverati i propri cari.



Come ha funzionato il portale COVID, usato inizialmente per caricare casi e contatti e successivamente per i vaccini?

Il portale aziendale COVID ha funzionato secondo me molto male perché era separato dal resto e quindi di difficile accesso, dovevi imparare a capire come funzionava senza che nessuno ti spiegasse come fare, dovevi richiedere le credenziali, diverse da quelle del sistema gestionale usuale e anche queste ti venivano date col contagocce, ogni domanda veniva valutata sospettosamente come se chiedessi di commettere un illecito.





Il portale ha cominciato a funzionare meglio durante la seconda ondata. Il personale ha potuto accedere alla sierologia a maggio 2020 e ai tamponi non d'urgenza solo nell'autunno 2020. A quel punto è iniziata la campagna vaccinale per la quale è stato messo a punto un nuovo e diverso iter con personale amministrativo reclutato appositamente, ma sempre con il personale interno come vaccinatore.



Come sono state le relazioni e gli scambi tra Ospedale, MMG, USCA, Unità di Crisi e DIRMEI?

I rapporti sono sempre stati quelli del contatto personale fra colleghi e la Deontologia ha funzionato molto bene, credo che ogni medico di Medicina Generale che chiamava l'Ospedale abbia ricevuto la massima collaborazione; devo dire che le giovani leve sono molto più efficaci di noi anziani a dare informazione e collaborazione, si è creata una vera comunità virtuale anche sui social dove ci si scambiavano notizie, nel silenzio assordante di chi avrebbe dovuto darci supporto anche scientifico e informativo e invece ci oberava di compiti e diktat, come dall'Unità di crisi che ha mandato solo richieste e comunicati perlopiù superflui.

Il territorio a mio avviso ha risposto come poteva, ormai da tempo gli era stato sottratto un compito sanitario essenziale sostituito da rilevanti compiti di controllo.

È mancata la collaborazione con le USCA, prevista per consentire il controllo dei pazienti che spesso sono stati rimandati al territorio senza una reale conoscenza di quello che era possibile fare a domicilio, anzi un'esperienza quarantennale di Ospedalizzazione a Domicilio è stata sul punto di chiudere quando avrebbe potuto essere una valvola di sfogo e un esempio anche per la gestione di certi malati sul territorio.

Dopo un anno (2020) durante il quale l'Ospedale ha assunto precari a giugno e li ha licenziati a settembre, in pratica nell'unico periodo libero fra la prima e la seconda ondata, non è cambiato nulla: alla fine dell'anno i reparti COVID che erano stati chiusi sono stati di nuovo riaperti per la terza ondata più grave e più devastante della prima, l'unica differenza è che adesso i DPI non mancano più.



Come è variata la relazione di cura con i pazienti? Si è riusciti a passare in parte alla telemedicina? Cosa manca ancora?

Il rapporto con i pazienti ricoverati in Ospedale è sempre personale; credo che soprattutto nella prima fase si sia arricchito di un contenuto umano che mancava da anni, che ha sostituito il rapporto con i parenti; per alcuni pazienti noti si è riusciti ad attivare visite ambulatoriali telefoniche e prescrizioni telematiche con grande efficacia.

Il problema maggiore è con i pazienti anziani che mancano di tecnologia e necessitano spesso di supporto da parte dei parenti; i novantenni di adesso, però, hanno spesso figli sessantenni anch'essi forse non a proprio agio con la tecnologia e se non ci fossero i nipoti smart sarebbe anche peggio. Tutto il lavoro fatto per dematerializzare si è rivelato fallace e spesso inutilmente ridondante, se non ci fossero stati i telefoni smart sarebbe stato molto peggio.



Ricordo la preoccupazione e la stima degli amici che mi dicevano di stare attento, io personalmente ho passato tre mesi e più fuori di casa dalla fine di febbraio alla fine di maggio 2020 per paura di contagiare i miei familiari; non ho visto i miei genitori per quattro mesi durante i quali mia madre si è ammalata e mia figlia si è laureata.



Le forniture di DPI sono state adeguate? Sono cambiate nel corso della prima, seconda e terza ondata?

All'inizio i DPI non c'erano proprio: solo poche mascherine e gel da richiedere con una procedura kafkiana, solo la minaccia di denuncia allo SPRESAL per violazione della legge 81/90 ci ha consentito di avere le prime, poi poco per volta sono arrivate e alla fine te le davano anche se non le chiedevi. Il primo ordine online di mascherine che ho fatto in autonomia era datato il 13 febbraio 2020, quindi prima dello scoppio del panico: se ci ho pensato io, avrebbe potuto farlo anche chi era Responsabile dell'approvvigionamento nell'Ospedale.



Credi possa essere valido il sistema vaccinale israeliano? Applicabile da noi? In che modo? Come sono stati coinvolti i MMG nella campagna vaccinale? In che tempistiche?

A mio parere il sistema militare è l'unico che può funzionare in tempi di emergenza: nell'unica situazione analoga che io ricordi, cioè il colera a Napoli nel 1970, furono utilizzati i militari della Quinta flotta americana di stanza nella rada di Napoli, che scesero dalle navi e cominciarono a vaccinare la popolazione con le pistole automatiche che avevano in dotazione. Il sistema delle ventidue repubbliche autonome (Regioni) non può funzionare per niente in un'epidemia e credo che il Governo (qualunque Governo) avrebbe dovuto proclamare lo stato di emergenza e agire di conseguenza. Credo anche che avremmo dovuto vaccinare prima le categorie produttive e poi gli anziani che sono chiusi in casa da un anno almeno.

La responsabilità medica vaccinale avrebbe dovuto essere sospesa con l'emergenza così com'è stato fatto con la Privacy, che è stata in pratica cancellata a parte le solite inutili scartoffie. Fra la prima, la seconda e la terza ondata, i casi si sono modificati: inizialmente erano più gravi e trattati prevalentemente in regime ospedaliero, ora sono più numerosi ma la maggior parte viene gestita a domicilio, spesso dal medico di Medicina Generale.

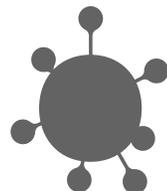


Fra i tuoi pazienti ci sono stati tanti decessi?

Ho avuto molti pazienti deceduti per COVID, molti conoscenti, qualche amico, una parente: sapevo di dover affrontare questo mostro con le mie sole forze quando sono andato nelle case per portare un conforto, ma la soddisfazione non è mai così grande come quando rivedi un paziente che hai curato per COVID a casa e ti dice "Dottore, se non ci fosse stato lei io non ci sarei più".

La responsabilità medica vaccinale avrebbe dovuto essere sospesa con l'emergenza così com'è stato fatto con la Privacy, che è stata in pratica cancellata a parte le solite inutili scartoffie





INTERVISTA A **Vladimiro ZAGREBELSKY**

a cura di
Commissione Pari Opportunità

Vladimiro Zagrebelsky, Giurista, già Giudice della Corte Europea dei diritti dell'uomo



In questo tempo di pandemia abbiamo visto molta confusione nei Servizi Sanitari Regionali. Garantire la salute del cittadino e della collettività in condizioni di eguaglianza è un diritto sancito dalla Costituzione. Lei ritiene che l'attuale ripartizione fra Servizio Sanitario Nazionale e Servizi Regionali assicuri pari diritti e opportunità di salute a tutti i cittadini? Che tipo di modifiche sarebbero opportune e migliorative?

Il sistema costituzionale di ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni (con la particolarità delle Regioni a statuto speciale), in materia di sanità assegna la maggior competenza alle Regioni. Lo si vede sia all'art. 117 della Costituzione (nel testo della riforma del 2001), sia nella legge 23 dicembre 1978, n. 833 di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Lo Stato ha legislazione esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, e per la profilassi internazionale. La tutela della salute è oggetto della legislazione concorrente tra Stato e Regioni, che riconosce la competenza legislativa alle Regioni, salva la competenza statale per la determinazione dei principi fondamentali. Dall'art. 120 Cost. si ricava poi che il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. ►

La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.

Il quadro delle norme costituzionali di riparto delle competenze è evidentemente molto complesso e suscettibile di dar ragione di conflitti tra Stato e Regioni. Anche la disposizione che consente allo Stato di sostituirsi alle Regioni in caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica può essere applicata con difficoltà, se non altro perché anche in una emergenza gli strumenti della attività sanitaria – sia strettamente medici che amministrativi – fanno capo alle Regioni. E la regionalizzazione delle competenze in materia di salute intende proprio assicurare la possibilità di diversità organizzative e funzionali, legate alle diverse esigenze territoriali. Ma occorrerebbe assicurare eguale efficienza e accessibilità ai servizi del Servizio Nazionale da parte di tutti.

All'art. 4 della legge n. 833/1978 si trova che la legge assicura l'uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale. I LEA nella loro periodica definizione e poi soprattutto nella loro assicurazione allo stesso livello in ogni parte del territorio sono il principale strumento della eguaglianza per tutti. Ma anche i LEA hanno concreta attuazione diversa, basti pensare alle liste di attesa. Le diseguaglianze non dipendono dalle leggi, ma dalla loro attuazione, dalle risorse economiche impiegate, dall'onestà ed efficacia con cui i finanziamenti vengono spesi, ecc.



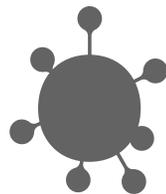
Sulla base dei principi enunciati dalla L. 833/78, quali aspetti il medico nella sua professione dovrà affrontare per garantire una salute della collettività equa, giustamente bilanciata con la salute dell'individuo?

La politica ha il suo spazio, non regolato dalle leggi, ma appunto dai criteri e dalla responsabilità politica. Non tutto possono le leggi e se nascono problemi dalla loro complessità (come è il caso) la ragione è anch'essa politica, per il modo in cui diverse esigenze legittime sono state contemperate dal legislatore costituzionale o ordinario



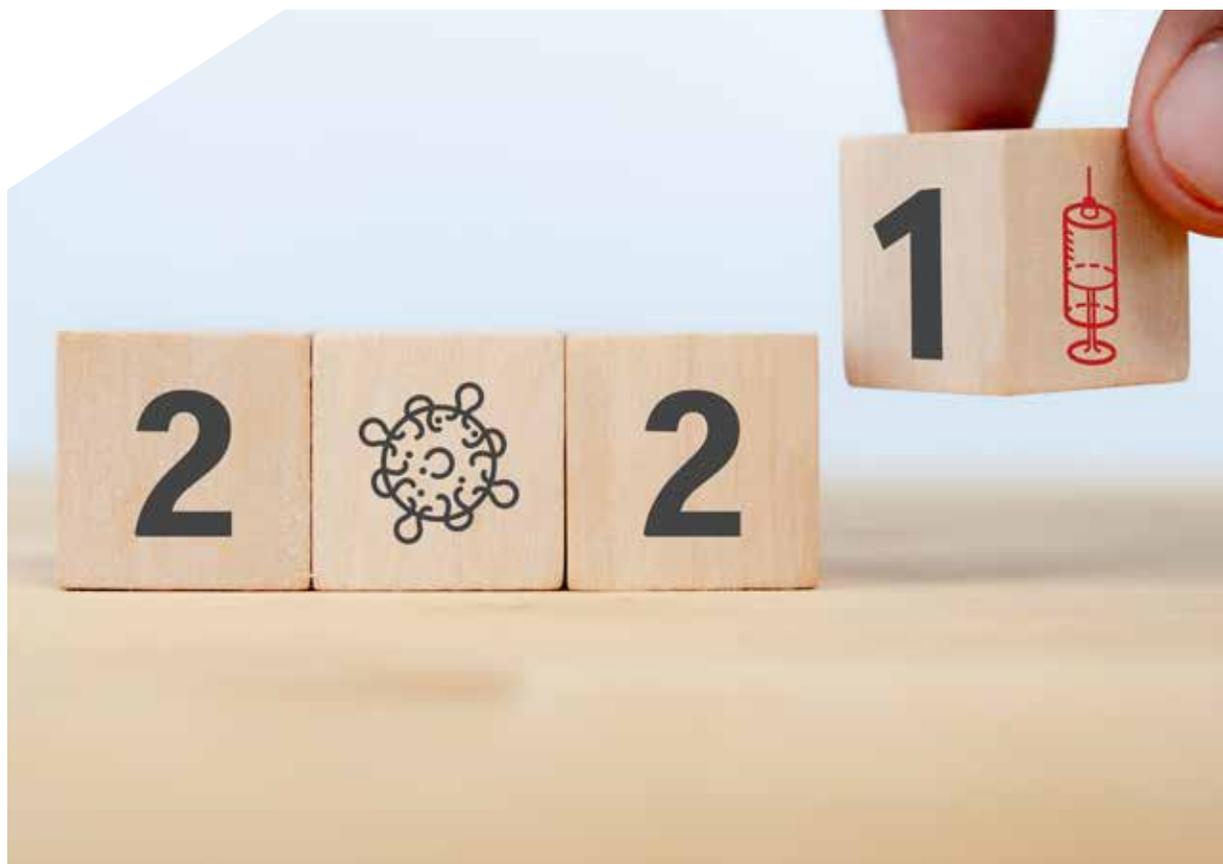
Secondo lei, sarebbe opportuno rendere obbligatoria per legge la vaccinazione anti-COVID? Come potrebbe declinarsi tale obbligo? Potrebbe essere attivato per effetto di un contratto di lavoro? È necessaria una legge ad hoc? La vaccinazione obbligatoria si configura come un TSO?

Non ci sono impedimenti normativi costituzionali che vietino al legislatore di imporre a tutti o ad alcune categorie di persone la vaccinazione anti-COVID. L'art. 32 della Costituzione, nel definire la salute come diritto fondamentale delle persone e interesse della collettività, da un lato stabilisce che nessuno possa essere costretto a subire un atto medico contro la sua volontà, ma dall'altro ammette la possibilità che la legge imponga questo o quel trattamento. L'esempio delle altre vaccinazioni è sufficientemente indicativo. La condizione è che l'imposizione sia stabilita da una legge (e non da atti amministrativi) e che risponda a una esigenza collettiva. Nel caso del COVID-19 tale esigenza mi pare



Ora si tratta di identificare (come è stato fatto) le prime fasce di popolazione che per il ruolo che svolgono (personale sanitario, altri servizi pubblici, anziani, ecc.) debbono essere vaccinate. Io credo che se non vi fosse spontanea adesione alla campagna di vaccinazione, sarebbe consentito e anche necessario ricorrere a forme di induzione

palese (gravità e diffusività del virus, implicazioni sulla vita e la salute di grandi masse di persone, implicazioni sullo stesso ordinato svolgersi della vita sociale ed economica). Ma la possibilità e anche utilità legale astratta non implica automaticamente che l'obbligo sia effettivamente da stabilire. Occorre valutarne opportunità e realizzabilità. Quanto a un possibile obbligo generalizzato per tutti, va detto che per ora è inutile parlarne, se non altro per la ridotta disponibilità dei vaccini e la limitatezza dei luoghi di inoculazione (ma anche andrebbe studiato cosa fare di coloro che già hanno subito la malattia e hanno presumibilmente sviluppato gli anticorpi). Ora si tratta di identificare (come è stato fatto) le prime fasce di popolazione che per il ruolo che svolgono (personale sanitario, altri servizi pubblici, anziani, ecc.) debbono essere vaccinate. Io credo che se non vi fosse spontanea adesione alla campagna di vaccinazione, sarebbe consentito e anche necessario ricorrere a forme di induzione. Il personale ospedaliero prima di tutto, ma poi anche di altre categorie e anche non sanitarie, che rifiuta di vaccinarsi potrebbe o dovrebbe essere dichiarato inidoneo al lavoro, perché pericoloso per gli altri e suscettibile di ammalarsi e quindi di abbandonare il servizio. In generale il lavoratore è tenuto ad adottare le misure che garantiscono la sua salute e la sua capacità di prestare servizio. Procedendo con un discorso simile va menzionato che l'avvenuta vaccinazione sta diventando una condizione per fare, andare, ecc. Non è propriamente un obbligo, ma è un onere che occorre soddisfare se si vuole avere accesso a questa o quella possibilità. Potrebbe diventare difficile svolgere una vita normale, con tutte le possibilità che essa offre, senza essere vaccinati. L'interesse, se non il buon senso, potrebbe spingere la generalità delle persone a vaccinarsi. Ma naturalmente occorre che sia possibile vaccinarsi: prima che obbligatorio, deve essere possibile!





Conclusioni

A cura di Commissione Pari Opportunità

Alla luce di quanto raccolto, risulta fondamentale la centralità della sanità pubblica rispetto alla sanità privata, e necessaria la priorità del SSN sui SSR.

Occorre comunque riorganizzare i sistemi sanitari, rafforzando il territorio, con più ambulatori, aperti più ore al giorno, unendolo maggiormente alla parte ospedaliera specialistica: serve una maggiore interconnessione tra le due facce del nostro SSN. Considerato l'aumento dell'età media dei pazienti, deve essere dato alle cure domiciliari un ruolo sempre più importante.

Serve inoltre:

- Rendere accessibili a tutti gli operatori sanitari i dati dei pazienti: abbiamo rilevato quanto sia stato importante, durante la pandemia, disporre facilmente di una buona e aggiornata anamnesi: questo non può che essere compito dei MMG e dei fascicoli sanitari. Inoltre è necessario dare la possibilità di visionare i posti liberi di ogni specialità nei DEA di tutta la Regione, per poter indirizzarvi celermente i pazienti.
- Ridurre la burocrazia e le liste di attesa tramite la telemedicina e l'ampliamento del numero di specialisti, togliendo il numero chiuso sia ai corsi di laurea che alle scuole di specializzazione. Facilitare le assunzioni, in modo che colleghi così accuratamente formati non siano costretti all'emigrazione.
- Avere linee guida quanto più unificate e condivise dalle varie società scientifiche renderebbe il sistema più omogeneo.

Vorremmo poter dare a tutti i malati, per quanto diversi per età, genere, potere d'acquisto e patologie, pari opportunità di cure, non solo perché il diritto alla salute è uno dei principi fondamentali della nostra Carta costituzionale (un diritto per il cittadino ma un dovere per la collettività), ma perché si coniuga con un altro pilastro che è l'uguaglianza tra i cittadini.

I VACCINI, UNA GRANDE ARMA E UNA GRANDE SPERANZA. MA NON DA SOLI.

A cura de Il Pensiero Scientifico Editore

Il 60% dell'intera popolazione italiana vaccinata a fine luglio. Il 70% a fine agosto. L'80% a fine settembre. È la corsa a tappe verso l'immunità di gruppo, calcolata sulle tre possibili soglie di immunità gregge, secondo il nuovo piano vaccinale italiano, presentato a metà marzo dal Commissario straordinario per l'emergenza epidemiologica COVID-19¹. Al ritmo di almeno 500.000 dosi al giorno, da raggiungere intorno a metà aprile partendo dalle 170.000 di inizio marzo. Con il coinvolgimento dell'interno "Sistema Salute", coordinando una mobilitazione spinta di varie istituzioni, personale e strutture, e prevedendo un volume di forniture che dovrebbe permettere di tenere i ritmi prefissati anche in caso di qualche mancata consegna, perlomeno da metà aprile in poi. Le dosi di vaccini consegnate tra aprile e settembre dovrebbero essere 137,3 milioni, sufficienti per molto di più dei 51 milioni di persone che costituiscono "il totale della popolazione vaccinabile", cioè con più di 16 anni. ▶



È questo, dunque, il piano per traghettare l'Italia fuori dalla pandemia grazie alla vaccinazione anti-COVID-19, la più grande campagna di vaccinazione di massa che si sia realizzata dal secondo dopoguerra a oggi. E al di là dei freddi conteggi di dosi consegnate e inoculate, quali risultati possiamo aspettarci dall'immunizzazione di massa non più in un trial ma nella complessità del mondo reale? Quali intoppi troveremo e quali ostacoli dovremo superare per realizzare una campagna così spinta? Cosa insegnano i piani vaccinali in altri Paesi? I vaccini sono l'arma assoluta e unica per uscire dalla pandemia?

I RISULTATI INCORAGGIANTI DI ISRAELE

Le informazioni più avanzate sull'impiego dei vaccini nel mondo reale, i benefici che possiamo aspettarcene e le difficoltà da considerare, vengono da Israele, che ha il programma di vaccinazione più avanzato al mondo. Il Paese, con i suoi 9 milioni di abitanti, è abbastanza piccolo e ha un sistema sanitario universale con registri elettronici dettagliati sugli assistiti, che consentono di seguire quel che accade a ciascuno dopo la vaccinazione e metterlo in relazione con condizioni preesistenti e altri fattori di rilievo. Perciò Pfizer ha stretto un accordo per fornire a Israele tutte le dosi necessarie a realizzare un piano di vaccinazioni molto rapido, e riceverne in cambio i dati che stanno ora permettendo di analizzare gli effetti del vaccino distribuito su grande scala e nelle complessità di un contesto reale, e verificare se e quando si raggiungerà la faticosa immunità di gruppo.

Eran Segal, del Weizmann Institute of Science israeliano, che segue da vicino la campagna, a febbraio ha ripercorso su Medscape² la gestione della pandemia dagli inizi all'attuale fase vaccinale. "Abbiamo fatto alcune scelte giuste e altre meno" dice. All'inizio sono stati subito chiusi i confini, approfittando del fatto che il Paese ha un solo ingresso internazionale, così che la prima ondata è stata abbastanza lieve. Ma all'inizio della seconda ondata, quando in alcune zone si registravano focolai importanti, è mancato il coraggio politico per imporre subito restrizioni locali. Così i contagi sono esplosi in tutto il Paese. Il secondo lockdown quindi è scattato tardi, gli ospedali sono arrivati al sovraccarico, e i calcoli mostrano che c'è stato circa un 25% di morti in eccesso, evitabili se gli ospedali avessero potuto fornire le cure migliori. Anche la riapertura, poi, è stata un po' troppo precipitosa.

Quando è giunta la terza ondata iniziavano finalmente ad arrivare i vaccini, e i modelli mostravano che, usando a ritmi serrati, si sarebbero potute mantenere basse le curve di casi gravi, ricoveri e mortalità senza bisogno di un lockdown. Ma a metà dicembre è arrivata la "variante inglese" (B.1.1.7), che infetta a un tasso più alto del 30-50%, e che ora è divenuta predominante, essendo responsabile dell'80-90% dei casi. E i modelli rivisti hanno mostrato che, per quanto rapida potesse essere la campagna vaccinale, non c'era modo di ridurre i contagi a sufficienza se non con un terzo lockdown – che peraltro ha frenato ma non evitato la crescita delle infezioni, dei ricoveri in terapia intensiva e dei decessi evitabili.



Le analisi hanno mostrato infine quanto sia importante vaccinare quanti più soggetti a rischio è possibile: “fare quell’ultimo passo, andare dall’80-85% di ultrasessantenni al 95%, o meglio ancora vicini al 100%, può avere un impatto profondo sui numeri di ricoveri e decessi”

Poi, finalmente, l’effetto del lockdown e dei vaccini si è fatto sentire. “La vaccinazione è iniziata a dicembre inoltrato e sta andando incredibilmente bene. Abbiamo toccato picchi di circa 250.000 vaccinazioni al giorno” (come 1,6 milioni di dosi al giorno in Italia, in rapporto alla popolazione). “E, in retrospettiva, vediamo che dopo 3-4 settimane si sono visti i primi effetti sul numero dei casi, anche se all’epoca non lo abbiamo dichiarato perché non eravamo certi che fosse un effetto reale. Siamo stati il primo Paese a vederlo” spiega.

Come un po’ ovunque, per primi, oltre ai sanitari, sono stati vaccinati gli anziani, e fra gli ultrasessantenni, rispetto al picco di metà gennaio, il 10 febbraio i casi erano calati del 55%, i ricoveri del 40%, i malati critici del 35% e la mortalità del 35%. Fra chi aveva meno di 60 anni non si vedevano cali analoghi e anzi i ricoveri erano aumentati. Ma subito dopo si è iniziato a vedere un calo anche nella fascia successiva di vaccinati, i 50-60enni. E intorno al 10 marzo nella popolazione complessiva si registravano il 71% in meno di morti e il 55% in meno di casi.

“I benefici sono arrivati più tardi di quanto preventivissimo, per vari motivi” considera Segal. Intanto i primi vaccinati, ovvero le persone più anziane, sono già in partenza più caute e meno a rischio di infezione, quindi la vaccinazione ha meno effetto sui contagi. Inoltre il vaccino è stato somministrato di più in città e regioni meno interessate dall’infezione, mentre nelle regioni più colpite la distribuzione è stata meno rapida e capillare. Poi probabilmente ha contribuito la diffusione della “variante inglese”, che non solo è più contagiosa ma, secondo uno studio britannico pubblicato a metà marzo su Nature³, è anche più letale di circa il 60%.

Le analisi hanno mostrato infine quanto sia importante vaccinare quanti più soggetti a rischio è possibile: “fare quell’ultimo passo, andare dall’80-85% di ultrasessantenni al 95%, o meglio ancora vicini al 100%, può avere un impatto profondo sui numeri di ricoveri e decessi” dice Segal.

OLTRE AL SUCCESSO LE CRITICITÀ

Il programma di immunizzazione israeliano sembra quindi aver funzionato. In sole sei settimane, circa il 64% della popolazione generale (e circa il 90% delle persone anziane) in Israele aveva ricevuto almeno una dose del vaccino Pfizer. Poco più della metà aveva ricevuto due dosi. Il piano è di arrivare alla soglia dell’80% di vaccinati entro maggio. Secondo Our World in Data, i prossimi in fila sono il Regno Unito, dove è stato vaccinato il 18,4% della popolazione, e gli Stati Uniti con il 12,3%.

Il divario è impressionante e ci sono diversi fattori che hanno contribuito al successo di Israele⁴. Vanno tenute presenti le caratteristiche del Paese stesso – di dimensioni piccole, con una popolazione giovane e un sistema di gestione delle emergenze – e le peculiarità di un buon sistema sanitario a livello organizzativo, con infrastrutture ben sviluppate e con molta forza lavoro. A questi fattori si aggiungono altri elementi favorevoli legati nello specifico alla gestione COVID-19, come l’assegnazione di fondi speciali per la vaccinazione, l’accordo tempestivo con il fornitore, la chiara definizione delle priorità dei gruppi di popolazione, un’efficace campagna di comunicazione pubblica, guidata da figure di spicco, tra cui il Primo Ministro Benjamin Netanyahu, ecc. Altro fattore importante è infatti la *compliance*. In Israele l’atteggiamento nei confronti delle vaccinazioni è in generale positivo.

La somma di questi fattori sta garantendo il successo del piano, e fa di Israele un punto di riferimento e una opportunità unica di sperimentazione sul campo (vedi box). Tuttavia neanche in Israele è ancora stato raggiunto del tutto il traguardo di arginare la pandemia con la vaccinazione di massa. Se da un lato si sono ridotti i nuovi casi e i ricoveri tra le persone anziane, dall’altro il virus continua a circolare. Su BMJ Opinion⁵ Ruth Waitzberg, ricercatrice al Myers-JDC-Brookdale Institute di Jerusalem, e Nadav Davidovitch, epidemiologo, direttore della School of Public Health alla Ben-Gurion University of the Negev, sottolinea ►

ano alcune criticità a cui fare attenzione nel trarre delle conclusioni. Intanto, sebbene i dati forniti a Pfizer siano aggregati e anonimizzati, “restano comunque interrogativi sui livelli di dati aggregati che saranno condivisi e come saranno protetti”. Inoltre la somministrazione così rapida è stata possibile con un fortissimo coinvolgimento degli infermieri, che in Israele possono somministrare il vaccino senza che sia presente un medico, e bisogna vedere “in che misura la massiccia campagna vaccinale sia sostenibile senza distoglierli da tutti gli altri compiti di cure primarie”. Infine, man mano che i gruppi più agevoli da raggiungere saranno vaccinati, diventerà sempre più importante garantire la parità di accesso anche ai più vulnerabili e difficili da raggiungere.

Un laboratorio post-marketing per il vaccino Pfizer

Il programma israeliano ha raccolto e pubblicato anche un'enorme mole di dati di farmacovigilanza, che hanno confermato nella popolazione generale la sicurezza già emersa nei trial clinici che hanno sperimentato il vaccino Pfizer. Al 31 gennaio, su oltre tre milioni di persone che avevano ricevuto almeno una dose, solo lo 0,23% riferiva effetti avversi dopo la prima dose, e lo 0,26% dopo la seconda, con rispettivamente 43 e 5 ricoveri ospedalieri, quasi tutti in persone con malattie preesistenti, soprattutto cardiache o del sistema nervoso centrale. Resta preoccupante il rischio delle varianti: vaccinando a pandemia in pieno svolgimento, con moltissime infezioni in corso, si rischia di favorire la selezione di varianti che eludono i vaccini. Non sembra questo, per fortuna, il caso della variante inglese.

Quanto all'efficacia dei vaccini, i dati più recenti analizzati da Pfizer, resi noti l'11 marzo in un comunicato non ancora sottoposto a peer review, confermano l'altissima efficacia vista nei trial, e aggiungono qualche buona notizia. In Israele, nella popolazione in buona parte anziana che lo ha ricevuto, e contro la variante inglese B.1.1.7 ormai predominante, il vaccino ha mostrato un'efficacia del 97% nel prevenire la malattia sintomatica, la malattia grave e i decessi, in linea con il 95% dei trial clinici. Le persone non vaccinate, a parità di condizioni, hanno un rischio 44 volte maggiore di sviluppare la malattia sintomatica e 29 volte maggiore di morire. La prima dose, dopo due settimane, conferisce già una protezione del 57% dall'infezione sintomatica. Ma non solo: il vaccino ha anche un 94% di efficacia nel prevenire le infezioni asintomatiche, e può quindi dare un contributo decisivo a interrompere la circolazione del virus. I casi di variante sudafricana nel Paese sono invece troppo pochi per trarre conclusioni su come funzioni il vaccino contro questo ceppo.

UN PERCORSO A OSTACOLI

Una serie di considerazioni più generali riguardano poi i ruoli della società, senza il cui coinvolgimento una campagna vaccinale non può riuscire e comunque non basta. In vari Paesi ai successi della scienza, soprattutto nel conseguimento dei vaccini, ha fatto spesso da controtendere il caos delle risposte sociali, tra indecisioni, contraddizioni e grossolani errori comunicativi delle autorità, e (in parte conseguente) sfiducia dei cittadini, che li porta a non rispettare le norme preventive e diffidare dei vaccini. Israele non fa eccezione, almeno in certi gruppi: fra gli ultraortodossi, per esempio, l'epidemia ha dilagato e sono morti l'1% degli ultrasessantenni, oltre il triplo che nella popolazione generale. E se questo riflette in parte difficoltà oggettive, come le famiglie più numerose e le comunità più affollate, dipende però anche dal mancato rispetto di norme basilari, per esempio continuando a tenere funerali e matrimoni come se nulla fosse.

Il problema riguarda anche le vaccinazioni. Il 10% degli ultrasessantenni infatti non è ancora vaccinato, in particolare tra le fasce più disagiate come gli arabo-israeliani, in cui si è vaccinato solo il 60%-65% degli eleggibili, e gli ultraortodossi, dove il tasso è del 70%-75%. Ma ciò dipende solo in parte dal fatto che c'è chi non si fida dei vaccini e li rifiuta. Per molti altri, il problema è più banalmente quello degli ostacoli concreti nell'accesso all'immunizzazione, rimarca Segal: può essere complicato raggiungere i centri vaccinali; o può essere necessario perdere un giorno di lavoro, e non tutti possono permetterselo. Perciò, accanto all'opera di informazione ed educazione per rassicurare e sfatare i falsi miti – che ha reclutato leader politici e religiosi, celebrità e influencer, e gruppi di cittadini organizzatisi dal basso sui social – servono operazioni concrete per portare attivamente il vaccino nelle case e nelle strade delle comunità più svantaggiate. “Penso che così la maggior parte delle persone lo accetterà” commenta Segal.

L'INIQUITÀ DELL'ACCESSO AI VACCINI

Situazioni simili emergono un po' ovunque, specie dove la campagna di immunizzazione è più avanti. “In America COVID-19 ha duramente colpito le popolazioni più fragili, mettendo in evidenza le iniquità dell'accesso alla cura delle diverse minoranze. Ora queste disparità vanno di pari passo con la distribuzione del vaccino” ha scritto Marzia Ravazzini, antropologa medica che vive negli Stati Uniti⁶. Così, anche qui chi riceve il vaccino non è chi è stato più colpito dalla pandemia. “Gli abitanti del Bronx – in gran parte afro-americani e ispanici

Nel Regno Unito, un'analisi de The Guardian pubblicata il 14 marzo mostra che il tasso di vaccinazione differisce molto tra le aree ricche e povere di una stessa zona, a distanze di pochi chilometri

– sono stati i più colpiti dalla COVID-19, e adesso sono quelli che hanno ricevuto meno dosi di tutta New York: solo il 3% della popolazione”. Una situazione critica che iniziative *no profit* stanno cercando di arginare, tra cui The Bronx Rising Initiative nata lo scorso anno – spiega l’antropologa – per contrastare la povertà e in particolare l’insorgenza della pandemia COVID-19 a disposizione di tutti gli abitanti del Bronx. Di questa iniziativa fanno parte le “Pop-up clinic”, centri vaccinali mobili per la somministrazione dei vaccini “nelle zone più marginali della città, là dove gli abitanti sono vulnerabili, spesso fisicamente impossibilitati a recarsi lontano e a fissare un appuntamento in maniera autonoma, sia telefonicamente che online”.

Nel Regno Unito, un’analisi de The Guardian pubblicata il 14 marzo mostra che il tasso di vaccinazione differisce molto tra le aree ricche e povere di una stessa zona, a distanze di pochi chilometri. Al 7 marzo per esempio, nel borgo londinese di Southwark, nelle aree più benestanti era stato vaccinato il 95% degli ultrasessantenni, nelle aree disagiate solo il 70%, e ancora meno in alcune delle zone più povere tra queste. Dove, non sorprenderà, la percentuale di neri, asiatici e minoranze etniche va dal 64% al 74%, contro il 19% nelle aree ricche. Gli esperti rimarcano quindi che, sia per una questione di giustizia sociale sia per poter sperare nell’immunità di gruppo, è essenziale erogare i vaccini con programmi casa per casa, o portare attivamente le persone nei centri vaccinali. Come sta già facendo la Alliance for Better Care, un’organizzazione dei Medici di Medicina Generale di varie contee dell’Inghilterra sudorientale, che in accordo con l’azienda locale di trasporti pubblici ha allestito un “vaccine bus”, un bus riadattato a centro vaccinale che raggiunge le aree emarginate e immunizza i pazienti, invitati su appuntamento dai rispettivi medici. “È così che bisogna fare: non colpevolizzare le comunità più esitanti, ma lavorare in collaborazione con loro” ha dichiarato Beccy Baird, del think-tank King’s Fund.

In vari Paesi anche le associazioni che lavorano con gruppi sociali fragili sono entrate in gioco nelle campagne vaccinali. A Torino, per esempio, il Progetto Torino Street Care⁷, promosso dall’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino e varie ONG per assistere chi vive in strada o comunque ha difficoltà di accesso ai servizi sanitari, ha avviato prima un’opera di sorveglianza epidemiologica e ora anche l’erogazione dei vaccini.

Anche le dichiarazioni della FNOMCeO, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, per voce del Presidente Filippo Anelli mettono in risalto il dovere di vaccinare gli “ultimi”, gli “invisibili”: i senza fissa dimora, i clochard, tutte quelle persone che per lo Stato non esistono, si legge in un comunicato stampa⁸, ma che hanno diritto, come tutti, alle cure e che sono tanto più a rischio di contrarre e anche di trasmettere COVID-19. La proposta di Anelli al Ministro Roberto Speranza è di accogliere la disponibilità dei diversi medici che si sono offerti come vaccinatori volontari, tra cui i colleghi medici dell’Associazione Medici Cattolici italiani.

ANCHE I RELIGIOSI FANNO LA LORO PARTE

Negli Stati Uniti, un’altra schiera importante di promotori delle vaccinazioni sta nelle figure religiose⁹: preti, imam musulmani, rabbini ebrei, swami induisti, rassicurano le rispettive comunità sulla sicurezza dei vaccini e sulla correttezza etica del farseli iniettare, sfatano i timori immotivati e le teorie cospirazioniste che proliferano nelle comunità più emarginate e storicamente maltrattate, e a volte offrono chiese, moschee o sinagoghe come centri vaccinali, più rassicuranti dei centri medici.

Vari imam hanno tenuto incontri pubblici online con medici musulmani per ribadire che il vaccino è Halal (preparato secondo le norme della legge islamica e dunque idoneo all’assunzione). Rabbini ultraortodossi ne sostengono l’eticità a suon di citazioni bibliche. E mentre la Conferenza dei vescovi cattolici statunitense aveva invitato i fedeli a preferire vaccini diversi dal Johnson & Johnson, perché prodotto con linee cellulari ricavate da un feto abortito nel 1985, lo stesso Papa Francesco ha rimarcato che la vac-

cinazione è la scelta etica giusta e ha invitato i fedeli a farla in tutta serenità, vista la gravità della pandemia e il nesso così lontano con il feto abortito. “Vaccinadovi, voi aiutate il vostro prossimo” ha dichiarato un leader evangelico nel sermone dopo aver raccontato la parabola del buon samaritano.

Il coinvolgimento dei religiosi è promosso dalla stessa Casa Bianca, che ha un ufficio dedicato alle partnership con le organizzazioni religiose e di vicinato, che ogni settimana tiene un incontro con migliaia di leader delle varie fedi per organizzare insieme le strategie per promuovere i vaccini.

IL MITO DELL'IMMUNITÀ DI GREGGE

Come in una corsa a ostacoli la vaccinazione di massa anti-COVID-19 avanza, con delle battute d'arresto a causa di problemi di produzione che riducono la disponibilità di dosi, come si era verificato a gennaio con il vaccino Pfizer, oppure di stop temporanei a scopo precauzionale per reazioni avverse sospette come è avvenuto con il vaccino AstraZeneca. I tempi si allungano con l'auspicio di accelerare poi la corsa per raggiungere quanto prima il traguardo della cosiddetta immunità di gregge o immunità di comunità, situazione nella quale ci sono abbastanza persone vaccinate (e non in grado di trasmettere il virus) da portare la velocità di trasmissione del virus (Rt) al di sotto di 1. “Il nostro obiettivo è l'immunità di gregge grazie al vaccino”, aveva affermato il Ministro Roberto Speranza il 5 dicembre.

Ma se l'obiettivo è il perseguimento dell'immunità di gregge, data dalla vaccinazione del 70% della popolazione italiana (tra 40 e 45 milioni di persone), non è detto che il traguardo sia stato raggiunto. L'idea che superata la soglia del 70% il temuto SARS-CoV-2 non circoli più si basa sull'errata assunzione dell'efficacia del vaccino del 100% nel bloccare la trasmissione del virus da persona a persona. “Non solo questo non si realizza praticamente mai, ma non è attualmente associato quale sia il livello di efficacia sulla trasmissione dei vaccini oggi disponibili. Ora come ora sappiamo solo, sulla base di solide evidenze, che diversi vaccini preven- gono le forme cliniche, in particolare quelle gravi, e i decessi da COVID-19, mentre è meno chiaro quanto proteggano dalla trasmissione, anche se cominciano a esserci alcuni dati incoraggianti (vedi “Un laboratorio per il vaccino Pfizer”)”, spiega Rodolfo Saracci, epidemiologo di fama internazionale, ex-Presidente della International Epidemiological Association, secondo il quale la vaccinazione, da sola, non basterà a estinguere la pandemia. Saracci non mette in alcun modo in discussione la validità e l'efficacia di questo strumento di sanità pubblica. Cerca però di fare chiarezza sui rischi di

una interpretazione distorta del concetto di immunità di gregge e della soglia fatidica del 70% di vaccinati, che rischia di vanificare gli ingenti sforzi compiuti e gli ingenti investimenti fatti non solo in termini economici. I vaccini anti-SARS-CoV-2 attualmente disponibili conferiscono infatti una protezione contro le forme cliniche della COVID-19 che arriva fino all'80% di AstraZeneca a oltre il 90% nel caso dei vaccini sviluppati da Pfizer-Biontech e da Moderna. Questo vuol dire che, anche ammettendo che questi vaccini raggiungano lo stesso livello di efficacia contro l'infezione e trasmissione del Coronavirus, resterebbe pur sempre una residua probabilità per una persona contagiata di contagiare a sua volta. In più, tenuto conto che una parte della popolazione non potrà essere vaccinata, a partire dai bambini e adolescenti, “è praticamente e realisticamente impossibile che venga raggiunto l'obiettivo di eliminare la circolazione del virus con la sola vaccinazione”.

Inoltre la circolazione delle varianti con una contagiosità maggiore alza l'asticella della soglia, senza contare che i vaccini disponibili potrebbero non essere altrettanto efficaci contro tutte le nuove varianti di SARS-CoV-2 più o meno recentemente identificate nella popolazione infetta e quelle che potrebbero arrivare in un futuro prossimo.

“Sicuramente la vaccinazione di massa frenerà ma non azzererà del tutto la trasmissione del virus, e quindi il controllo di questa non potrà farsi senza mantenere misure di contenimento individuali e collettive almeno fino a fine 2021 – inizio 2022” continua Saracci. Cioè misure di protezione per ridurre la circolazione del virus nella comunità e proteggere coloro ancora in attesa di essere vaccinati: indossare le mascherine, rispettare il distanziamento sociale, lavare frequentemente le mani e pianificare, per tempo, dei lockdown mirati di intensità variabile.

PROGRAMMARE PER AGIRE D'ANTICIPO IN REAL LIFE

Un altro punto da tenere in considerazione è la tempistica delle prese di decisioni. I riflettori, insieme alle speranze, sono puntati sulle campagne vaccinali e sui vaccini. Il Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha ribadito più volte che “i vaccini sono e restano l'arma per uscire da questi mesi”. Ma da soli non bastano. L'Italia ha un piano delle vaccinazioni ben definito e aggiornato sulle dosi di vaccini in arrivo dall'Unione Europea e quelle somministrate¹⁰. Tuttavia nell'attesa “di uscire da questi mesi”, come insegna la stessa esperienza di Israele, serve mantenere l'incidenza dei nuovi contagi e dei decessi a livelli prossimi a quelli dell'estate 2020, per evitare che anche una lieve accelerazione si traduca

I vaccini e le campagne di vaccinazione di massa sono un fondamento e una componente essenziale del successo contro un virus pericoloso che può causare danni enormi nel lungo e breve periodo

subito in numeri assoluti importanti per poi dover intervenire d'urgenza con lockdown rigidi quando gli ospedali sono già al limite delle loro capacità. Serve prepararsi per tempo, serve preparare la popolazione.

"Tenuto conto della efficacia del lockdown del marzo-aprile 2020 e dell'indicazione di efficacia delle zone rosse, si può avanzare l'ipotesi che un sistema di misure stringenti a date prefissate in calendario possa essere preferibile al sistema, informale o algoritmico, della navigazione a vista", commenta Saracci, riferendosi alla sua proposta su Scienza in rete¹¹ di un calendario programmato con una alternanza di alcune settimane di chiusura (ad esempio in aprile e settembre) e di periodi più lunghi di apertura, che presenterebbe un insieme di vantaggi.

I vaccini e le campagne di vaccinazione di massa sono un fondamento e una componente essenziale del successo contro un virus pericoloso che può causare danni enormi nel lungo e breve periodo. Come ha affermato Michael Ryan, il capo delle emergenze dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i vaccini sono una grande speranza, ma anche un grande rischio. Semplicemente non possono essere l'arma assoluta e unica che basta da sola per uscire del tutto dalla pandemia. Almeno per ora, chiosa l'epidemiologo Saracci.

Le vaccinazioni nel mondo in cifre*

- Nel mondo sono state somministrate oltre 381 milioni di dosi, in 126 Paesi, a un ritmo che ha superato i 9 milioni di dosi al giorno.
- Negli Stati Uniti sono state erogate 109 milioni di dosi (circa il 33% per cento degli abitanti), a un ritmo che ha raggiunto circa 2,4 milioni di dosi al giorno; il 21,4% della popolazione ha ricevuto almeno una dose e l'11,5% le ha ricevute entrambe.
- In Italia sono state erogate circa 6,8 milioni di dosi, pari a 11% degli abitanti; il 7,9% della popolazione ha ricevuto almeno una dose e il 3,4% le ha ricevute entrambe. Come in altri Paesi, visti gli esiti di alcuni studi sulla forte risposta al vaccino di chi ha già avuto il COVID-19, una circolare del Ministero della Salute raccomanda di considerare in costoro la somministrazione di una singola dose, purché ricorra una serie di condizioni.
- In quasi tutti gli altri Paesi dell'Unione Europea, incluse Spagna, Francia e Germania, i numeri sono simili a quelli italiani.
- Nel Regno Unito sono state erogate 26 milioni di dosi, pari al 39% degli abitanti; il 36,6% ha ricevuto almeno una dose e solo il 2,4% la seconda, vista la strategia di inoculare rapidamente la prima dose a quante più persone possibile.
- In Israele 9,4 milioni di dosi, 104 ogni cento abitanti; il 57% della popolazione ha avuto almeno una dose e il 47% ha avuto anche la seconda.

**Dati aggiornati al 15 marzo*

Fonte

- COVID-19 Tracker. Bloomberg.com
- Ministero della Salute. Vaccini anti COVID-19.



I vaccini disponibili

Al momento nell'Unione Europea sono approvati, come uso d'emergenza, quattro vaccini:

- i due vaccini a RNA di **Pfizer/BioNTech** e di **Moderna**, in distribuzione in Italia da fine dicembre e da gennaio (costituiti da un RNA che, iniettato nei tessuti umani, induce le cellule a produrre la proteina virale Spike, che induce la risposta immunitaria);
- i due vaccini a vettore virale non replicante di **AstraZeneca/Oxford**, in distribuzione da febbraio, e di **Janssen-Johnson&Johnson**, il cui impiego è previsto da inizio aprile. Entrambi sono costituiti da un adenovirus innocuo contenente il materiale genetico della proteina virale Spike, il quale, iniettato e veicolato dal virus nelle cellule umane, le induce a produrre la proteina virale che scatena la risposta immunitaria. AstraZeneca non è ancora stato approvato negli Stati Uniti, in attesa degli esiti di un trial nel Paese.

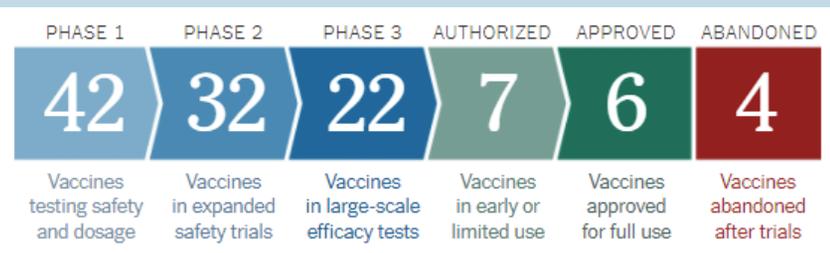
Si spera inoltre che sia approvato a breve in Europa il vaccino a RNA di **CureVac**, che dovrebbe essere distribuito in Italia già dal secondo quadrimestre 2021.

Sono questi i cinque prodotti previsti per la campagna 2021 dal nuovo piano vaccinale italiano, pubblicato a marzo. Dal 2022 il piano prevede anche l'uso del vaccino **Sanofi/GSK**, che al momento però è ancora in fase 2 di sperimentazione.

Diversi altri vaccini sono in sperimentazione avanzata: 22 in fase 3, più una settantina ancora nelle fasi 1 e 2. Oltre alle tecnologie a RNA e a vettore virale non replicante, i vaccini in corso di sviluppo sono: vaccino a virus intero inattivato (quali il vaccino cinese **Sinovac**, già in uso in Cina e altri Paesi); vaccino proteico, in cui si inietta la proteina virale che fa da antigene o un suo frammento, tra questi il **Novavax**, che ha dato buoni risultati a metà marzo; vaccino a DNA, simile a quelli a RNA ma in cui si inietta un frammento di DNA della proteina virale.

Fonti

- Zimmer C, et al. *Coronavirus Vaccine Tracker*. New York Times.
- InfoVac. *Vaccini contro COVID-19: elenco degli studi clinici*.



Aggiornato al 16 marzo 2021

Fonte: Zimmer C, et al. *Coronavirus Vaccine Tracker*. New York Times.

Bibliografia

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure sanitarie di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19. Piano vaccinale anti-Covid, 3 marzo 2013.
2. Topol EJ, Verghese A, Segal E. *The Impact of the Vaccine Has Been Tremendous*. Medscape, 17 febbraio 2021.
3. Davies NG, Jarvis CI, CMMID COVID-19 Working Group. et al. *Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7*. Nature, 15 marzo 2021.
4. *Why is Israel's Vaccination Programme So Successful?* Health Management, 8 febbraio 2021.
5. Waitzberg R, Davidovitch N. *Israel's vaccination rollout: short term success, but questions for the long run*. The BMJ Opinion, 5 febbraio 2021.
6. Ravazzini M. *Nel Bronx, tra gli ultimi del vaccino*. Salute Internazionale, 10 marzo 2021.
7. *Il progetto Torino Street Care*. Salute Internazionale, 3 marzo 2021.
8. FNOMCeO. Comunicato stampa, 12 marzo 2021. *Piano vaccinale, Anelli (FNOMCeO): "Inserire anche i senza fissa dimora, a garanzia della loro salute e per limitare circolazione virus"*.
9. Hoffman J. *Clergy Preach Faith in the Covid Vaccine to Doubters*. New York Times, 14 marzo 2021.
10. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure sanitarie di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19. Ministero della salute. Report Vaccini Anti COVID-19 aggiornato online in tempo reale. <https://www.governo.it/it/cscovid19/report-vaccini/>
11. Saracci R. *Un calendario di chiusure programmate contro il Coronavirus*. Scienza in rete, 11 febbraio 2021.



COMUNICAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE COVID

A cura di Enrico d'Alessandro

MMG Casa della Salute Borgaretto, membro UCAD AMS ASLTo3

Angelica Salvadori

MMG Casa della Salute Borgaretto, Consigliere OMCeO Torino

L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale Area Metropolitana Sud dell'ASLTo3, in data 19 novembre 2020, ha accolto la richiesta dei Medici di Medicina Generale di un confronto con i Colleghi ospedalieri nel merito della gestione del paziente COVID al domicilio e della sua dimissione. Tale esigenza è nata dall'esperienza vissuta nell'anno 2020, in cui la Medicina Generale si è trovata isolata nella gestione della patologia COVID-19, e dalle osservazioni della Regione Piemonte, che rimandava alle ASL la valutazione del tasso di ricoveri, evidenziato come uno dei più alti tra tutte le Regioni di Italia.

Preso atto della "seconda ondata" del mese di ottobre 2020 e ipotizzando una possibile "terza ondata pandemica" nel periodo gennaio/aprile 2021 si è ritenuto opportuno investire il massimo sforzo delle risorse sanitarie, in collaborazione tra Ospedale e Territorio.

Alla luce di queste osservazioni si è costituito un gruppo di lavoro composto da un Tutor MMG e un Tutor dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano, Ospedale di riferimento di un'elevata percentuale di cittadini del Distretto Area Metropolitana Sud, con l'obiettivo di condividere la gestione domiciliare del paziente COVID con criteri di ospedalizzazione e la dimissione ospedaliera del paziente COVID fragile.

La composizione del gruppo di lavoro è così articolata: Adriana Boccuzzi (Direttrice DEA AOU San Luigi), Antonella Cannito (MMG e medica USCA), Valentina Chianale (MMG e medica USCA), Enrico d'Alessandro (Tutor MMG), Paola Fasano (Referente AMS ASLTo3), Alberto Perboni (Direttore SCDO Pneumologia AOU San Luigi), Roberto Pozzi (Tutor ospedaliero), Angelica Salvadori (MMG e Consigliere OMCeO Torino)

Tra le varie stadiazioni della patologia da infezione SARS-CoV-2, è stata assunta come classificazione di malattia quella proposta dal Ministero della Salute e dal DIRMEI, classificazione che si articola in 5 stadi clinici:

stadio I assenza di sintomi o pre-sintomatica

stadio II malattia lieve: febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea e mialgie

stadio III malattia moderata: $SpO_2 \geq 94\%$ ed evidenza clinica o radiologica di polmonite

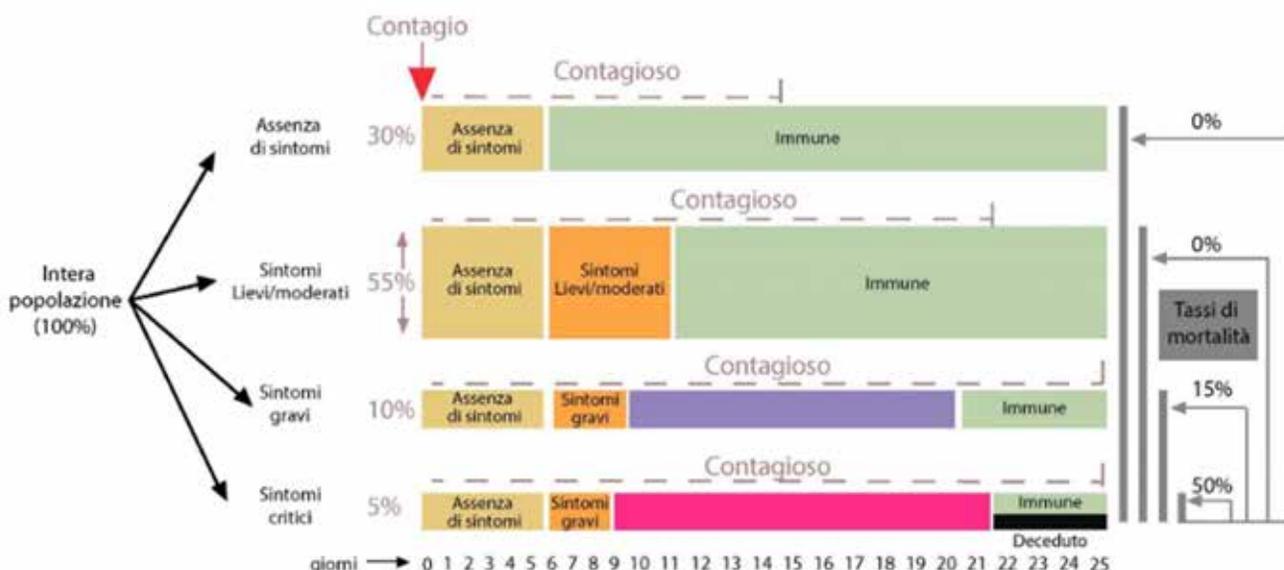
stadio IV malattia severa: $SpO_2 < 94\%$, $PaO_2/FiO_2 < 300$, frequenza respiratoria > 30 atti/min o infiltrati polmonari $> 50\%$

stadio V malattia critica: insufficienza respiratoria, shock settico e/o insufficienza multiorgano

I primi due stadi di malattia possono rientrare nella totale competenza territoriale, quindi a carico del medico di Medicina Generale e del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica: vengono attivati i criteri dell'isolamento domiciliare per il caso indice, vengono segnalati i contatti stretti, viene effettuato il tracciamento dei contatti e il monitoraggio clinico del paziente positivo fino alla gestione dei test diagnostici per la definizione di guarigione.

Gli ultimi due stadi di malattia prevedono il ricovero, quindi una competenza prettamente ospedaliera.

Si prende quindi in considerazione, come "area grigia", lo stadio III, prevedendo proprio in questa fase di malattia una collaborazione tra le figure professionali del territorio e quelle ospedaliere. L'esperienza delle due precedenti "ondate pandemiche" sembra indicare che il MMG, con 1.500 assistiti in carico, possa trovarsi a dover assistere 4-5 pazienti con queste caratteristiche cliniche.



References:

1. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Lauer SA et al. *Ann Intern Med.* 2020 Mar 10.
2. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Neil M. Ferguson et al. *Imperial College COVID-19 Response Team.* 16 March 2020
3. Viral dynamics in mild and severe cases of Covid-19. Yang Liu et al. *The Lancet,* March 19, 2020.

L'ecografia toracica sembra essere un mezzo diagnostico con sensibilità e specificità elevatissime, in grado di intercettare le minime alterazioni iniziali del danno polmonare, di stimare un indice di gravità e di possibile evoluzione della malattia. Associata alla clinica, l'ecografia può diventare il punto di forza nella diagnosi precoce e può aiutare nella decisione di ospedalizzazione; inoltre può essere molto utile nella gestione del decorso della malattia, valutandone l'aggravamento o il miglioramento.

Il Distretto AMS ha messo a disposizione due ecografi portatili, per le due sedi di medici USCA – sede di Volvera e Casa della Salute di Borgaretto.

Previo accordo e parere favorevole espresso dalle rispettive Direzioni di AOU San Luigi Gonzaga e Distretto ASL To3, è stata predisposta per 17 medici USCA una frequenza presso l'AOU San Luigi nei reparti di Pneumologia e DEA, con l'obiettivo di acquisire un livello base di pratica in Ecografia Toracica, specificamente mirato alle problematiche di diagnosi differenziale in ambito COVID-19.

Considerando l'impegno dei professionisti nell'ambito dell'emergenza COVID-19, e al fine di rendere fattibile il contatto telefonico, il gruppo di lavoro ha condiviso un elenco nominale di MMG, e in loro assenza di medici USCA con i relativi recapiti. L'AOU San Luigi ha messo a disposizione contatti telefonici dedicati.

La comunicazione telefonica è utilizzabile quando il paziente, in gestione territoriale, è nella fase moderata di malattia (stadio III, con i parametri clinici ed ecografici in peggioramento, possibile condizione di ospedalizzazione) oppure quando un paziente, complesso e/o fragile, sia nella fase di dimissione dalla struttura ospedaliera

La comunicazione telefonica è utilizzabile quando il paziente, in gestione territoriale, è nella fase moderata di malattia (stadio III, con i parametri clinici ed ecografici in peggioramento, possibile condizione di ospedalizzazione) oppure quando un paziente, complesso e/o fragile, sia nella fase di dimissione dalla struttura ospedaliera.

Il medico di Medicina Generale, quando le condizioni del paziente si complicano nel sospetto di una polmonite, si deve porre i seguenti obiettivi:

- identificare il profilo di rischio del paziente (>70 anni, presenza di patologie croniche, oncologiche o immunodepressive, obesità);
- rendere consapevole il paziente e/o un suo familiare sullo stato di malattia e sulle procedure da mettere in atto per la gestione domiciliare;
- verificare la presenza del caregiver e di eventuali presidi sanitari (a titolo di esempio: saturimetro, sfigmomanometro, termometro) provvedendo alla formazione del caregiver nella gestione della raccolta dei parametri vitali;
- informarsi sulle condizioni di isolamento strutturali per il paziente e i suoi conviventi;
- suggerire un corretto regime alimentare e di idratazione;
- attivare ADI COVID ed eventuale USCA per la gestione clinica domiciliare;
- richiedere registrazione e monitoraggio quotidiano dei seguenti parametri: frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica, livello di coscienza, temperatura corporea e saturazione. Tali dati sono elaborati secondo la scala MEWS (Modified Early Warning Score) e valutati secondo un punteggio che ne configura il rischio basso, medio o alto (vedi allegato A);
- rivalutare, se necessario, la terapia cronica (a titolo di esempio: antiipertensivi, ipoglicemizzanti, insulina);
- concordare con i medici USCA la gestione domiciliare, per la valutazione clinica ed ecografica;
- organizzare eventuale fornitura di ossigeno liquido al domicilio;
- prescrivere, se necessaria, terapia medica: cortisonici, antibiotici, eparina (vedi allegato B);
- comunicare con il medico del DEA, condividendo il caso clinico, nel caso di un peggioramento dei parametri e di una progressione dello stato di malattia, nell'ipotesi di un ricovero ospedaliero;
- avvertire il 112, comunicando quanto disposto tra il MMG e il medico ospedaliero, nel caso di ricovero concordato.

La dimissione ospedaliera da DEA o da Reparto di pazienti con malattia moderata prevede un contatto tra i professionisti, sempre utilizzando i recapiti di reperibilità già citati.

Il medico ospedaliero si deve porre i seguenti obiettivi:

- informare il MMG, o in sua assenza, il medico USCA, quanto alla terapia in atto, alle eventuali necessità di presidi sanitari, ai controlli a breve o a lungo termine;
- evidenziare la necessità di presidi sanitari, di terapie e della via di somministrazione;
- concordare la necessità di attivazione di cure domiciliari (Servizio Infermieristico Domiciliare, Assistenza Domiciliare Integrata, Cure Palliative di base o avanzate).

Il gruppo di lavoro ha ritenuto utile suggerire l'istituzione di un Ambulatorio Medico Orientato COVID-19, al fine di monitorare sul lungo termine il paziente con postumi dell'infezione SARS-CoV-2. Non essendoci al momento Linee Guida di riferimento sull'argomento, si condividono le seguenti indicazioni che non vogliono e non possono avere carattere né definitivo né vincolante rispetto a condizioni cliniche che possono essere di diversa entità e gravità. Le presenti valutazioni hanno come riferimento parte delle "Indicazioni regionali sulla organizzazione del follow up dei pazienti con progressiva infezione ►

da SARS-CoV-2” della regione Emilia-Romagna. La patologia da COVID-19 ha spesso interessamento multiorgano: i presenti suggerimenti riguardano solo la parte relativa all’apparato respiratorio e non possono assolutamente considerarsi esaustivi dei bisogni di salute complessivi dei pazienti.

Il gruppo di lavoro ha classificato il paziente post COVID secondo i seguenti scenari:

Pazienti asintomatici o con sintomatologia invariata rispetto alla condizione pre-COVID

È consigliabile almeno un contatto o una visita, da parte del MMG, nei tre mesi successivi alla malattia registrandone l’esito. In caso di assenza di variazioni sintomatologiche e di normalità dei reperti clinici non occorre ulteriore follow up.

Pazienti asintomatici o con sintomatologia invariata rispetto alla condizione pre-COVID con pregressa polmonite COVID

In caso di pazienti con pregressa polmonite da COVID-19, mai controllata radiologicamente, può essere utile eseguire una radiografia del torace di controllo (non prima di tre mesi) eventualmente preceduta da un’ecografia toracica che, qualora del tutto negativa, esclude la necessità dell’accertamento radiologico.

In caso di assenza di variazioni sintomatologiche rispetto al pre-COVID e di normalità dei reperti clinico radiologici, non occorre ulteriore follow up.

Pazienti sintomatici con pregressa polmonite interessante meno del 30-40% del parenchima polmonare

Visita dal medico di Medicina Generale per valutazione clinica ed eventualmente ultrasonografica, su richiesta del paziente e comunque entro i primi tre mesi.

Se necessario richiedere esami di primo livello ed eventuale visita specialistica pneumologica.

Pazienti sintomatici con pregressa polmonite interessante più del 30-40% del parenchima polmonare e/o dimessi in ossigenoterapia

Visita presso l’ambulatorio del MMG a un mese dalla dimissione, per valutare la necessità di proseguire con l’ossigenoterapia domiciliare.

Se la saturazione è nella norma (saturazione a riposo in aria ambiente da almeno 45 minuti > 93% e sotto sforzo – test del cammino – non presenza di desaturazione oltre il 4% rispetto al basale), si sospende l’ossigeno e si consiglia un controllo dal medico di Medicina Generale dopo due mesi. Se in occasione di tale controllo sono presenti ancora dei sintomi, si consiglia una visita pneumologica con esami di primo livello.

Se si osserva che la saturazione a riposo in aria ambiente da almeno 45 minuti è < 93% e sotto sforzo – test del cammino – si riscontra una desaturazione oltre il 4% rispetto al basale, è indicato richiedere una radiografia del torace, un’EGA e una visita pneumologica.

Se il paziente è stato ricoverato in un reparto di Rianimazione si consigliano esami di primo livello e una visita entro tre mesi in assenza di sintomi, altrimenti prima.

1) La valutazione basale dell’apparato respiratorio deve fondarsi su segni e sintomi che già sono stati utilizzati nelle prime fasi della malattia ossia:

- Esame Obiettivo Polmonare
- Frequenza Respiratoria
- SpO2 con eventuale test del cammino
- Scala di dispnea (VAS o mMRC) con confronto pre e post COVID

1) Esami di primo livello:

- Spirometria completa con DLCO
- EGA
- Rx Torace

In collaborazione con le rispettive Aziende Sanitarie, potrebbe essere proponibile, a tre mesi dalla definitiva guarigione del caso complesso, una valutazione del medico di Medicina Generale, con il supporto dei medici USCA, secondo i criteri di medicina proattiva, per la gestione del paziente secondo un protocollo clinico e di accertamenti diagnostici concordati con la Pneumologia ospedaliera

2) Paziente sintomatico:

Criteri generali (non esclusivi):

- Persistenza di dispnea (a riposo o da sforzo) in soggetti precedentemente asintomatici da un punto di vista respiratorio o variazioni di almeno 3 punti nella scala VAS o di uno nella mMRC
- SpO2 in AA con differenza $\geq 4\%$ tra valori pre e post COVID
- SpO2 in AA con differenza $\geq 4\%$ sotto sforzo
- Frequenza respiratoria > 20 atti al minuto

In collaborazione con le rispettive Aziende Sanitarie, potrebbe essere proponibile, a tre mesi dalla definitiva guarigione del caso complesso, una valutazione del medico di Medicina Generale, con il supporto dei medici USCA, secondo i criteri di medicina proattiva, per la gestione del paziente secondo un protocollo clinico e di accertamenti diagnostici concordati con la Pneumologia ospedaliera. La presa in carico del paziente COVID consentirebbe di vigilare sugli effetti a lungo termine dell'infezione da SARS-CoV-2.

Il gruppo di lavoro, consapevole del contesto emergenziale e della presenza di scarsa evidenza scientifica sull'infezione acuta da SARS-CoV-2 e sui possibili postumi a lungo termine, si è posto l'obiettivo di integrare le figure professionali del territorio e dell'Ospedale cercando di favorire la comunicazione tra professionisti operanti in realtà diverse nell'ottica di migliorare la gestione dei pazienti più complessi.

La stessa comunicazione, oggi proposta per questo selezionato numero di pazienti, pensiamo possa aprire un percorso di dialogo per la gestione di altre patologie nel prossimo futuro. ▶



Modified Early Warning Score

Cognome	Nome		Data di nascita	Luogo di nascita			Età	
.....	
	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30
Frequenza Cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	> 130
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		> 200	
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde
Temperatura corporea (°C)		< 35		35 - 38,4		> 38,5	
Comorbidità								Totale

- Rischio basso 0-2
- Rischio medio 3-4
- Rischio alto 5

TERAPIA

Nel merito della terapia il tavolo di lavoro ha condiviso la letteratura scientifica e quanto disposto dalle istituzioni sanitarie.

Nelle prime due fasi della malattia è consigliabile non somministrare farmaci, salvo per il controllo dei sintomi simil-influenzali (mialgie, rialzi febbrili e cefalea) per i quali è utilizzabile paracetamolo fino a 3 grammi al giorno.

Nella fase moderata della malattia sono disponibili le seguenti categorie di farmaci:

Cortisonici: si consiglia l'utilizzo di dosaggi adeguati, a titolo di esempio il prednisone a 50 mg die, con riduzione della dose dopo qualche giorno qualora si osservi un miglioramento dei sintomi.

L'AIFA raccomanda l'uso dei corticosteroidi a domicilio in quei pazienti il cui quadro clinico non migliori entro le 72 ore, se in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia.

Antibiotici: amoxicillina/clavulanato 3 grammi die o cefixima 400 mg die o azitromicina 500 mg die.

L'AIFA non raccomanda l'uso degli antibiotici, senza evidenza clinica o radiologica di sovrapposizione batterica.

Idrossiclorochina: l'utilizzo di idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Numerosi studi clinici randomizzati a oggi pubblicati concludono per un'inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi legati all'uso dello stesso. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco.

Eparine: l'utilizzo routinario delle eparine non è raccomandato nei soggetti non ospedalizzati e non allattati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un beneficio clinico in questo setting di pazienti/fase di malattia. Nel caso di soggetto allattato possono essere usati i dosaggi profilattici dei vari composti eparinici. È importante ricordare che l'infezione da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione a continuare la terapia anticoagulante orale (con AVK o NAO) o la terapia antiaggregante anche doppia già in corso.

Bibliografia

COVID-19: indicazioni organizzative per le reti cliniche integrate ospedale-territorio. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna

Circolare Ministero Salute *Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2.* 0024970 del 30/11/2020

Protocollo per la presa in carico dei pazienti COVID a domicilio da parte dell'Unità Speciali di Continuità Assistenziale, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Versione 2 del 09/11/2020

<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

Venerdì 11 giugno 2021

- 08.30 Registrazione dei Partecipanti
 09.00 Saluto dei Direttori IAN DONALD SCHOOL - **A. Kurjak, F. Chervenak, G. Monni, V. D'Addario, E. Viora**
 Introduzione al Corso - **E. Viora, T. Todros**
 Moderatori: **M. Campogrande, V. D'Addario**
 09.15 Amazing power of fetal brain - from structure to function - **A. Kurjak**
 09.45 Professionally Responsible COVID-19 Vaccination Counseling of Ob/Gyn Patients - **F. Chervenak**
 10.15 COVID-19 e gravidanza-parto - **C. Benedetto**
 10.45 Test di screening e diagnosi prenatale durante la pandemia - **G. Monni**
 11.15 - 11.30 *Coffee-break*
Vaccini
 Moderatori: **T. Todros, S. Danese**
 11.30 Il vaccino anti-SARSCov2 - **G. Forni**
 12.00 Il vaccino anti-SARSCov2 in gravidanza ed allattamento - **E. Viora**
 12.30 I vaccini raccomandati in gravidanza (influenza e pertosse) - **M. Silvestri**
 12.50 Discussione
 13.15 - 14.30 *Lunch*
Infezioni e gravidanza
 Moderatori: **R. Jura, G. Menato**
 14.30 I test di screening previsti dai LEA - **R. Cavallo**
 15.00 La prevenzione primaria delle infezioni materno-fetali - **C. Zotti**
 15.30 Infezione da CMV: screening e diagnosi - **T. Lazzarotto**
 16.00 Infezioni cervico-vaginali - **G. Mortara**
 16.30 Discussione
 17.00 Conclusioni

La genetica incontra l'ostetricia: screening e diagnosi prenatale

Moderatori: **B. Pasini, M.R. Giolito**

- 08.30 Il medico genetista: perchè? - **F. Lalatta**
 09.00 Il portatore sano: questo sconosciuto - **L. Ronzoni**
 09.30 Il test del DNA fetale: quale e quando - **A. Zonta**
 10.00 Discussione
 10.30 - 11.00 *Coffee-break*
 Moderatori: **R. Giacchello, M.G. Alemanno**
 11.00 Quale ruolo per i test tradizionali - **E. Muccinelli**
 11.30 Come è cambiata la diagnosi prenatale - **E. Grosso**
 12.00 Aspetti medico-legali - **A. Sciarrone**
 12.30 Discussione
 13.00 Conclusioni

Sabato 12 giugno 2021



7° Corso A.O.G.O.I.
 6° Turin IAN DONALD Course

**TEST DI SCREENING
 E DI DIAGNOSI PRENATALE
 IN TEMPI DI PANDEMIA**

Torino, 11-12 giugno 2021

anche
ONLINE!

DIRETTORI DEL CORSO A.O.G.O.I.

Elsa Viora - Torino
Tullia Todros - Torino

DIRETTORE DEL CORSO IAN DONALD

Elsa Viora - Torino

DIRETTORI IAN DONALD SCHOOL ITALIA

Giovanni Monni - Cagliari
Vincenzo D'Addario - Bari
Elsa Viora - Torino

DIRETTORI IAN DONALD INTER-UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICAL ULTRASOUND

Asim Kurjak - Croatia
Frank Chervenak - USA

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

L'evento sarà fruibile in modalità:

- RESIDENZIALE
- VIDEOCONFERENZA

ISCRIZIONI

Modalità di iscrizione online sul sito:
www.symposiacongressi.com/sezione/Eventi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SYMPOSIA
 ORGANIZZAZIONE CONGRESSI

Symposia Organizzazione Congressi Srl
 Provider accreditato Age.Na.S. N. 486
 Piazza Campetto, 2/8 - 16123 Genova
 Tel: +39 010 255146
symposia@symposiacongressi.com
www.symposiacongressi.com



MEDICINA DEL TERRITORIO AL TEMPO DEL COVID: L'AMBULATORIO DEL SERMIG

A cura di Maria Pia Bronzino

La pandemia da COVID ha coinvolto tutte le realtà sanitarie in modo pesante, con notevoli difficoltà di gestione che hanno richiesto impiego di maggiori risorse e soprattutto l'abilità e la disponibilità a rivisitare buone pratiche e abitudini lavorative.

Anche l'ambulatorio volontario del Sermig si è trovato a rivedere il modello organizzativo per proteggere volontari e utenti, senza sospendere un servizio più che mai necessario e importante per chi senza risorse ha bisogno di cure.

Da subito abbiamo utilizzato i DPI a disposizione, seguendo le indicazioni quotidianamente aggiornate, messo in sicurezza personale sanitario e pazienti riorganizzando gli spazi e iniziando il pretriage necessario per l'accesso all'ambulatorio. Ci siamo anche confrontati con le linee guida offerte ai Medici di Medicina Generale con l'adattamento dovuto a un servizio "aperto" come il nostro, che per la medicina di base non pone barriere temporali lasciando libero accesso a chi si presenta all'ambulatorio. Per le visite specialistiche e odontoiatriche abbiamo mantenuto il sistema di prenotazione.

Molti medici, soprattutto i volontari più anziani, sono stati invitati a sospendere temporaneamente il servizio per prevenire ogni rischio, pur considerando che le nuove regole interne erano e sono altamente tutelanti per tutti, se ben seguite. La porta è sempre stata aperta grazie alla maggior disponibilità dei pochi medici attivi.

L'unico servizio sospeso tra marzo e maggio è stato quello odontoiatrico, come da scelta dell'Ordine professionale, per avere il tempo necessario a fornirsi di tutto il materiale specifico per rinforzare i processi di sanificazione e sterilizzazione dopo ogni paziente.

Grazie alla disponibilità del Responsabile ASL dei casi di COVID, presente nell'Unità di crisi della Regione, abbiamo avuto la possibilità di segnalare i rari casi "sospetti" che necessitavano del tampone, per evitare rischi di contagi alla comunità del territorio a fronte della scarsa sensibilità di alcuni utenti che per le difficoltà linguistiche non riuscivano a recepire le indicazioni.

La tipologia di pazienti che ha usufruito del nostro servizio è parzialmente cambiata in questo periodo. Le persone che frequentemente ci chiedevano un aiuto sanitario hanno ridotto i loro passaggi, rimandando i problemi meno urgenti. Sono invece venuti alcuni "regolari" che, all'invito a rivolgersi al loro medico di base per farmaci o visite specialistiche, rispondevano: "Medico? Telefono", evidenziando l'importanza della barriera linguistica che ancora oggi rende difficile l'accesso a servizi non abituati a risorse diverse (presenza di amici o conterranei utilizzati come mediatori, uso della gestualità e di maggior impegno comunicativo non verbale, orari di apertura dilatati e compresenza di più servizi).

L'apertura dell'ambulatorio anche nei mesi estivi ha dato la possibilità ai centri pubblici o volontari, che assistono e sostengono persone in difficoltà economiche, di fare richiesta di farmaci di fascia C. Questo aiuto ha permesso di non sospendere le cure e ha ampliato l'offerta del nostro servizio anche con uno "sportello farmaci".

La riapertura dei due studi odontoiatrici a maggio è stata seguita da un incremento progressivo e non sostenibile di richieste di presa in carico, a fronte dell'impossibilità quasi totale ad accedere a cure gratuite sul territorio cittadino. Questo problema, già presente in precedenza, è esploso insieme ai problemi economici e lavorativi aggravati dalla pandemia.

Si rende necessaria una riflessione seria sulla possibilità reale del SSN di garantire la salute in ogni settore a tutte le persone. Viene inoltre interpellata e stimolata la responsabilità di tutti coloro che lavorano in ambito socio-sanitario per fare rete e contribuire a mantenere il Servizio Sanitario Italiano inclusivo e universalistico.



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**, come previsto dalla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 44° 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 con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento, gli iscritti avranno diritto all'**esonero dai previsti crediti ECM annuali**.

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** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. Dal 2019 ha iniziato la collaborazione con la **ZCMU (Zhejiang Chinese Medical University) di Hangzhou**.

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

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **218 edizioni** di eventi ECM.

AGOPUNTURA E MEDICINA NON CONVENZIONALE NELLO STRESS: PATOLOGIE DEL CORPO E DELLA MENTE

XX CONVEGNO A.M.I.A.R.

Sabato 17 aprile 2021 WEBINAR
Trasmesso su WebEx Meetings

Crediti ECM: 2,4 – iscrizione gratuita

Segreteria Scientifica:

T. Pedrali, G.B. Allais, A. Chiantaretto, G. Lupi, A. Magnetti

Segreteria Organizzativa:

C.S.T.N.F. - Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche - Tel. 011.304.28.57

Sito web: www.agopuntura.to.it – e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it

PROGRAMMA PRELIMINARE

8,30 Accesso alla Conference Room

9,00 Sessione I – Introduzione

- **Agopuntura e MnC in Italia: obiettivi raggiunti e prospettive future**

C. M. Giovanardi

- **Lo Stress: una visione d'insieme**

M. Aguggia

9,45 Sessione II

Moderatori: M. Giaccone, A. Magnetti

- **La fibromialgia: la sindrome di Atlante vista dalla MTC – protocollo di uno studio clinico**

T. Pedrali

- **Utilizzo di fitopreparati per le patologie del corpo e della mente: legislazione vigente e prodotti disponibili in commercio**

P. Brusa, M. Giaccone

- **L'Agopuntura nella cefalea di tipo tensivo**

G.B. Allais

Discussione

11,00 Break

11,15 Sessione III

Moderatori: T. Pedrali, M. Aguggia

- **L'approccio salutogenetico e integrato dell'ayurveda per prevenire e/o contrastare sahasa (stress fisico e psichico)**

A. Chiantaretto

- **Omeopatia: la personalizzazione della terapia antistress**

A. Magnetti

- **Agopuntura e disturbi dell'umore: evidenze scientifiche**

A. Garoli

Discussione

12,30 Sessione IV - Tavola rotonda

Moderatori: C. Benedetto, G.B. Allais

- **Le MnC al tempo del COVID**

A. Magnetti, C. Benedetto, P. Brusa,

A. Chiantaretto, M. Giaccone, C.M.

Giovanardi, G. Giustetto, S. Baccetti, E.

Rossi

13,15 Pausa pranzo

14,30 Sessione V

Moderatori: F. Russo, F. Mautino

- **La gestione antroposofica delle patologie da stress**

P. Garati

- **Valutazione dello stress nei pazienti sottoposti ad Agopuntura: esperienza nell'ambulatorio dell'ASL Città di Torino**

R. Rustichelli

- **La più famosa ricetta antistress della farmacologia cinese: xiao yao san**

L. Sotte

- **Stress, emozioni e postura:**

il ruolo dei meridiani straordinari nella neuromodulazione fasciale

G. Bianco

Discussione

16,05 Break

16,20 Sessione VI

Moderatori: G. Airola, R. Rustichelli

- Utilizzo dei marma nella gestione dello stress nel paziente riabilitativo

S. Gargano

- Il ruolo dell'Agopuntura nella gestione dello stress nell'anziano

F. Russo

- L'Auricoloterapia all'interno di un approccio globale allo stress

C. Ripa

- Agopuntura, stress e funzione riproduttiva

S. Sinigaglia

- L'approccio omeopatico individualizzato nella modulazione della risposta allo stress

E. Bo

Discussione

18,15 Chiusura dei lavori

7° CORSO A.O.G.O.I. 6° Turin IAN DONALD Course TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE IN TEMPI DI PANDEMIA

**Torino, 11-12 giugno 2021
e online in videoconferenza**

Segreteria Organizzativa:

Symposia Organizzazione Congressi Srl

Tel: +39 010 255146 – Fax: +39 010 2770565

Sito web: www.symposiacongressi.com - e-mail: symposia@symposiacongressi.com

PROGRAMMA SCIENTIFICO

VENERDÌ 11 GIUGNO

08.30 Registrazione dei Partecipanti

09.00 **Saluto dei Direttori IAN DONALD SCHOOL**

A. Kurjak, F. Chervenak, G. Monni, V. D'Addario, E. Viora

Introduzione al Corso

E. Viora, T. Todros

Moderatori:

M. Campogrande, V. D'Addario

09.15 **Amazing power of fetal brain - from structure to function**

A. Kurjak

09.45 **Professionally Responsible COVID-19 Vaccination Counseling of Ob/Gyn Patients**

F. Chervenak

10.15 **COVID-19 e gravidanza-parto**

C. Benedetto

10.45 **Test di screening e diagnosi prenatale durante la pandemia**

G. Monni

11.15 - 11.30 *Coffee-break*

Vaccini

Moderatori: T. Todros, S. Danese

11.30 **Il vaccino anti-SARSCov2**

G. Forni

12.00 **Il vaccino anti-SARSCov2 in gravidanza ed allattamento**

E. Viora

12.30 **I vaccini raccomandati in gravidanza (influenza e pertosse)**

M. Silvestri

12.50 **Discussione**

13.15 - 14.30 *Lunch*

Infezioni e gravidanza

Moderatori: R. Jura, G. Menato

14.30 **I test di screening previsti dai LEA**

R. Cavallo

15.00 La prevenzione primaria delle infezioni materno-fetali

C. Zotti

15.30 Infezione da CMV: screening e diagnosi

T. Lazzarotto

16.00 Infezioni cervico-vaginali

G. Mortara

16.30 Discussione

17.00 Conclusioni

SABATO 12 GIUGNO

La genetica incontra l'ostetricia: screening e diagnosi prenatale

Moderatori: B. Pasini, M.R. Giolito

08.30 Il medico genetista: perchè?

F. Lalatta

09.00 Il portatore sano: questo sconosciuto

L. Ronzoni

09.30 Il test del DNA fetale: quale e quando

A. Zonta

10.00 Discussione

10.30 - 11.00 *Coffee-break*

Moderatori: R. Giacchello, M.G. Alemanno

11.00 Quale ruolo per i test tradizionali

E. Muccinelli

11.30 Come è cambiata la diagnosi prenatale

E. Grosso

12.00 Aspetti medico-legali

A. Sciarrone

12.30 Discussione

13.00 Conclusioni

PRESENTAZIONE DEL CORSO

La pandemia da SARS-CoV 2 ha stravolto le nostre vite, ha cambiato il nostro modo di lavorare, ha fermato il mondo intero. Da gennaio 2020 si è discusso molto di virus, di vaccini, di sanità, di ambiente, di sostenibilità sociale.

Abbiamo voluto mantenere l'ormai tradizionale appuntamento annuale sui test di screening e di diagnosi prenatale cercando di approfondire alcuni argomenti ed inserirne altri nuovi, alla luce della situazione sanitaria che stiamo vivendo.

ARGOMENTI

Gravidanza e parto in tempo di pandemia
Vaccini:

- vaccini contro SARS-CoV2
- vaccini in gravidanza

Infezioni e gravidanza:

- CMV
- est previsti dai LEA
- infezioni per le quali è possibile la prevenzione primaria
- infezioni cervico-vaginali

La genetica e l'ostetricia: una interazione sempre più stretta

- consulenza genetica
- test al portatore
- test del DNA fetale
- test tradizionali
- la diagnosi prenatale

Il contenzioso medico-legale

DIRETTORI DEL CORSO A.O.G.O.I.

Elsa Viora – Torino

Tullia Todros – Torino

DIRETTORE DEL CORSO IAN DONALD

Elsa Viora – Torino

DIRETTORI IAN DONALD SCHOOL ITALIA

Giovanni Monni – Cagliari

Vincenzo D'Addario – Bari

Elsa Viora – Torino

DIRETTORI IAN DONALD INTERNATIONAL

UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICAL

ULTRASOUND

Asim Kurjak (Croatia)

Frank A. Chervenak (USA)

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

L'evento sarà fruibile in modalità

RESIDENZIALE

Hotel NH Santo Stefano – Via Porta

Palatina, 19 – 10122 Torino

VIDEOCONFERENZA

L'evento sarà trasmesso in diretta in modalità videoconferenza

Modalità di iscrizione online sul sito:

www.symposiacongressi.com/eventi

E DI TE CHI SI PRENDE CURA?

ANAAO ASSOMED TUTELA LA TUA PROFESSIONE
CON LE SUE POLIZZE ESCLUSIVE

Primo sindacato in Italia, Anaa Assomed offre a medici e dirigenti sanitari una polizza di **Tutela Legale**, completa e **gratuita**, con un **massimale di 50.000 €**, anche in ambito di **circolazione stradale**.



Scopri tutti i servizi su anaao.it



MEDICAL
INSURANCE BROKERS

anaao.it

DA SPAZIO SPECIALI CONDIZIONI DI ACQUISTO RISERVATE ALLA VOSTRA ASSOCIAZIONE



È con piacere che comunichiamo **gli Accordi Quadro Nazionali che Stellantis 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 **26%***



Sconto fino al **20%***



Sconto fino al **28%***



Sconto fino al **17%***



Sconto fino al **39%***

Jeep

Sconto fino al **18,5%***

L'iniziativa, non cumulabile con altre promozioni, è valida per i veicoli ordinati entro il **31 dicembre 2021**. 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 Tipo - Lancia Ypsilon - Abarth 595 - Fiat Professional Ducato - Alfa Romeo Giulietta Jeep Renegade, Compass, Wrangler.

Per maggiori informazioni sulle offerte non esiti a contattarci:

Tel. 335 1855305

e-mail deborah.rinaldi@spaziogroup.com

SPAZIO
LA CITTA' DELL'AUTO

CONCESSIONARIA UFFICIALE



Jeep

TORINO Via Ala di Stura, 84
TORINO Corso Valdocco, 19

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

TORINO Via G. Reiss Romoli, 290
MONCALIERI Corso Savona, 10

Tel. 011 22 62 011
Tel. 011 64 04 840

Seguici su:   www.spaziogroup.com