



# Bollettino

**ORDINE DEI MEDICI** 

CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

> Edizione Speciale EMERGENZA Covid-19

I nostro mestiere

La Medicina di Famiglia e il Coronavirus

La prova del fuoco ti fa uomo

Il mondo dell'odontoiatra

# **BOLL FTTINO** DFIL 'ORDINE **DEI MEDICI CHIRURGHI** E DEGLI **ODONTOIATRI** DELLA **PROVINCIA DI PERUGIA**

# Sommario

- 3 IL NOSTRO MESTIERE
- 6 ATTIVITA' DELL'ORDINE
- 7 COMUNICATI STAMPA
- 9 UNITA' DI CRISI O UNITA' "IN" CRISI?
- 10 LA MEDICINA DI FAMIGLIA E IL CORONAVIRUS
- 13 STORIE AL TEMPO DEL CORONAVIRUS
- 15 LE PROVE DEL FUOCO TI FANNO UOMO
- 18 I MEDICI SPECIALISTI TERRITORIALI E LA PANDEMIA SARS-COV2.
- 19 UNA STORIA IMMAGINARIA DEI NOSTRI GIORNI
- 21 IL COORDINATORE DI AFT NEL TEMPO **DEL CORONAVIRUS**
- 2.2. IL MEDICO OSPEDALIERO E IL CORONAVIRUS
- 24 #MEDICOPERCOVID#
- 27 UN ALTRO MEDICO OSPEDALIERO **ED IL CORONAVIRUS**
- 29 COVID-19: UNA PANDEMIA ATTESA
- 32 I SOCIAL MEDIA PER LA COMUNICAZIONE SANITARIA: DALL'EMERGENZA CORONAVIRUS ALL'EDUCAZIONE ONLINE DEL PAZIENTE NEFROLOGICO.
- 41 IL MONDO ODONTOIATRICO NELL'EMERGENZA COVID-19: UN TAVOLO DI LAVORO CONGIUNTO PER LA FASE 2
- 43 SBARACCO VIRALE
- 46 RITORNEREMO

Spedizione in abbonamento postale. Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 154 del 27 marzo 1954. Periodico bimestrale inviato gratuitamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Perugia e a tutti gli Ordini d'Italia

#### Norme redazionali

Si invitano i Colleghi a collaborare con la Redazione del Bollettino e ad inviare i propri articoli. Al fine di favorire e razionalizzare l'elaborazione degli articoli si prega di attenersi alle sequenti norme redazionali. Gli articoli devono:

- riguardare argomenti d'interesse generale per la categoria;
- avere un carattere innovativo, divulgativo ed essere redatti in modo sintetico.
- essere inediti e firmati dagli Autori, con la loro qualifica. La Redazione del Bollettino si riserva di pubblicare anche parzialmente il materiale inviato, secondo gli indirizzi e le esigenze redazionali. Le opinioni espresse negli articoli possono non coincidere con quelle redazionali

#### **CONSIGLIO DIRETTIVO**

#### Presidente

Dott. Graziano Conti

#### Vice Presidente

Dott.ssa Verena De Angelis

#### Tesoriere

Dott. Andrea Donati (Consigliere Odontoiatra)

#### Segretario

Dott. Stefano Lentini

#### Consiglieri

Dott. Mario Berardi Dott.ssa Patrizia Bodo Dott.ssa Cristina Cenci Dott. Alfredo Crescenzi Dott. Stefano Cusco Prof. Cesare Fiore (†) Dott.ssa Alessandra Fucà Dott. Gian Marco Mattioli Dott. Antonio Montanari

Dott. Marco Caporali

(Consigliere Odontojatra) Dott. Primo Pensi Dott. Tiziano Scarponi

Dott Massimo Sorbo

#### COMMISSIONE ODONTOIATRI Componenti

#### Presidente

Dott. Antonio Montanari

Dott, Leonardo Cancelloni Dott. Andrea Donati Dott. Lorenzo Olivieri Dott. Ezio Politi

#### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI Membri effettivi

#### Presidente

Dott. Francesco Giorgetti

Dott. Giovanni Battista Genovesi Dott.ssa Elisa Paccamiccio Membro supplente Dott.ssa Claudia Giannoni

Dott. Alfredo Notargiacomo

#### **BOLLETTINO**

### Direttore responsabile

Dott. Tiziano Scarponi Resp. Editoriale

#### Prof. Fortunato Berardi Comitato di redazione

Dott.ssa Silvia Carsetti Dott.ssa Cristina Cenci

Dott. Igino Fusco Moffa

Dott. Lorenzo Olivieri Dott.ssa Elisa Paccamiccio Dott. Giuseppe Quintaliani Prof. Fausto Santeusanio Dott. Massimo Sorbo Segretaria di redazione Sig.ra Rita Micheletti Impaginazione e stampa

Grafiche Diemme - Bastia U.

Tel. 0755000214 Fax. 0755153012

E-mail presidente@ordinemediciperugia.it segretario@ordinemediciperugia.it uffici@ordinemediciperugia.it commissioneodo@ordinemediciperugia.it previdenza@ordinemediciperugia.it Sito Internet www.www.ordinemediciperugia.it

# II NOSTRO MESTIFRE

DOTT, GRAZIANO CONTI

In un Comunicato Stampa del nostro Ordine dello scorso mese di marzo ricordavamo le decine di colleghi deceduti (154 in buona parte medici di famiglia), le centinaia di ricoverati in ospedale o rianimazione, le migliaia in



isolamento, vittime di una evidente assenza di strategie relative alla gestione del territorio e a una interpretazione della situazione solo nel senso di un'emergenza intensivologica, quando in realtà si trattava di un'emergenza di sanità pubblica. Poche protezioni anti coronavirus per lavorare in corsia e nel territorio e test in ritardo: due mesi di tira e molla pagati a caro prezzo.

In una lettera, liquidata con sufficienza dai politici, gli Ordini dei Medici della Lombardia elencano sette errori nella gestione dell'emergenza coronavirus nella propria Regione che hanno prodotto tutta una serie di problemi che, in larga parte, sono evidenti anche in altre realtà regionali quali, ad esempio, la mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia, legata all'esecuzione di tamponi solo ai pazienti sintomatici, la mancata fornitura di protezioni individuali ai medici del territorio e al restante personale sanitario, la mancata esecuzione a tappeto dei tamponi agli operatori sanitari del territorio e delle strutture ospedaliere pubbliche e private, con ulteriore rischio di diffusione del contagio.

La situazione che il nostro paese sta vivendo in questi giorni non è dovuta solo alla pandemia ma ha anche radici diverse che affondano nel depotenziamento della nostra sanità negli ultimi anni.

Secondo il rapporto della fondazione GIMBE "Il definanziamento 2010-2019 del SSN" il finanziamento pubblico del SSN in quel decennio è aumentato di 8,8 miliardi di euro all'anno, crescendo in media dello 0,9%, ma ad un tasso inferiore a quello dell'inflazione. Quindi è cresciuto in termini assoluti, ma meno dell'inflazione e guindi la reale disponibilità per acquisti e investimenti si è ridotta. Ci sarebbero inoltre 37 miliardi di euro totali di finanziamenti promessi negli anni dai vari governi, ma non realizzati o ridotti per tagli conseguenti alle varie manovre finanziarie o per esigenze di finanza pubblica. Contemporaneamente i posti letto sono passati da 5,8 a 3,6 per 100.000 abitanti, soprattutto nel pubblico. aumentando la quota del privato convenzionato che, però, non fornisce ali stessi

servizi (come i posti in terapia intensiva) e, tra il 2009 e il 2017 la sanità pubblica ha perso oltre 8.000 medici e più di 13.000 infermieri.

Certamente una cura dimagrante importante che però non aveva tenuto conto dell'imprevisto.

A ciò possiamo unire una ricerca mortificata e sottofinanziata ma che nostri cervelli in fuga si impegnano a portare comunque avanti. Alla TV vediamo Burioni, Galli, Ricciardi, Lopalco ma mai come in questa occasione abbiamo sentito parlare di italiani all'estero: da Atlanta Guido Silvestri, nato a Perugia, figlio di un nostro storico iscritto, Giorgio Silvestri; dalla Florida Ilaria Capua, laureata a Perugia: da Pittsburg Andrea Gambotti, nato a Bari che sta studiando il vaccino per il Coronavirus: da Londra Luigi Camporota, di Catanzaro, lo pneumologo che ha curato Boris Johnson.

In questi giorni ho riconsiderato una serie di letture legate al tema delle epidemie, prevalentemente legate alla peste. Boccaccio, Manzoni (il capitolo 31 dei Promessi Sposi, cambiando solo alcuni termini, potrebbe essere stato scritto oggi), Camus.

E proprio "La Peste" di Camus mi ha fatto riflettere su certi termini.

Nei giornali si parla di medici e infermieri "eroi" con enfasi e retorica. Un quotidiano scrive: "La nostra bandiera non è più il tricolore, ma il camice bianco. Fare il medico era infatti "un mestieraccio" che la pandemia ha reso epico, con la retorica della parola "eroe" come povero risarcimento ai caduti".

Al Santa Maria della Misericordia compaiono striscioni di ringraziamenti ma contemporaneamente una macchina burocratica pusillanime e rancorosa continua a inviare ai colleghi avvisi di "messa in mora".

Fino a ieri prevaricazioni e aggressioni nei confronti degli operatori sanitari in ospedali, Pronto Soccorso, ambulatori periferici, sedi di Guardia Medica da parte di cittadini impazienti ed esigenti erano drammaticamente frequenti.

Ci voleva una pandemia per trasformare in eroi quelli che il proprio mestiere l'hanno fatto con attenzione e abnegazione ieri e continueranno a farlo domani. I circa 8.000 medici che in 24 ore hanno risposto al bando per 300 posti della Protezione Civile ne sono una testimonianza.

Ha scritto un giovane collega sul Foglio: "Oggi, i medici cercano di colmare lacune lasciate aperte in anni di inedia e cecità politica, ma lo stanno pagando a caro prezzo sulla propria pelle .... le precarie condizioni formatesi nel corso degli anni, la sfiducia generale, la mancanza di personale e di risorse con cui i professionisti sono costretti a convivere rendono il loro operato eroico, non l'essere medico in sé".

Allora diventa pertinente un passo in cui il dott. Rieux (il protagonista del libro di Camus) spiega al suo amico Rambert che essere un uomo onesto è l'unica cosa decente che si possa fare in una epidemia. Quando questi gli chiede cosa sia l'onestà gli risponde: "Non so cosa sia in generale, ma nel mio caso è fare il mio mestiere".

Questo, come potete vedere, è un numero speciale del Bollettino. Un numero che esce solo in formato elettronico per i noti problemi legati alla pandemia da Covid19 e che è stato realizzato in maniera molto veloce ed in condizioni di emotività che quasi tutti noi abbiamo sperimentato sulla nostra pelle. Il pensiero va obbligatoriamente verso le decine di colleghi che ci hanno lasciato e verso coloro che, pure se sopravvissuti, porteranno in maniera permanente i postumi di tale infezione. L'idea originale era quella di raccogliere delle storie. Le storie della vita professionale e anche personale su come i vari medici hanno vissuto questa esperienza: nessuna pretesa quindi di pubblicazioni a contenuto scientifico o clinico verso la pandemia. Devo confessare come questa idea non sia stata propriamente mia, ma l'ho mutuata dall'Associazione Italiana di Epistemologia e Metodologie Sistemiche (AIEMS) di cui sono socio ordinario, che nella propria rivista digitale "Riflessioni Sistemiche" ha raccolto le esperienze dei vari associati e pertanto il mio contributo che troverete in guesto Bollettino è lo stesso che è stato pubblicato nella rivista citata.

Accanto a queste storie troverete anche delle considerazioni che potrebbero essere considerate delle dichiarazioni su come alcune categorie hanno reagito o stanno reagendo difronte a questa nuova sfida. Mancano alcune categorie importanti e mi aspetto da loro, nei prossimi numeri, qualche contributo che focalizzi il loro operato: i medici di igiene pubblica, tanto per non smentire la mia vocazione di provocatore. Questo numero inizia con una lirica, una lirica del professor Giancarlo di Renzo e termina con dei miei versi che costituiscono un invito e un augurio.

> II DIRETTORE. Tiziano Scarponi

## ALL' AMICO STREMATO

Strappami le ultime lacrime, poi lascero' il posto al nulla in questa valle di tormenti che la natura ci ha imposto. Non hai piu mani, ne' capelli, ne' sorrisi, ne' urla steso sull'onda che aspetta l' ultimo alito per riportarti al tuo posto. Un soccorso vago e impreciso e un vigliacco protettore ti hanno illuso. poi il peso, la fame , lo sgomento e l'oblio, poi l'ormeggio abbandonato. Non sei piu' tornato, amico d'un tempo: con te anche la pallida siepe correva mentre la strada si inerpicava. Rimane a terra abbandonato un telo . bianco come il tuo credo. imperfetto come il tuo essere. Ti raggiungero' un giorno senza essere ringraziato come te dall'ipocrisia del luogo e dall'ignoranza di chi ti ha vinto.

Giancarlo Di Renzo

# ATTIVITA' DELL'ORDINE

In questo difficile periodo l'attività degli uffici dell'Ordine, grazie alla disponibilità e alla abnegazione del nostro personale non si è mai interrotta.

Fin dai primi di marzo, con una decisione presidenziale del 7/3 sono diversamente regolamentati gli accessi,



ridotti gli orari di apertura, privilegiati tutti i possibili contatti a distanza, attivato lo smart working ma è stata sempre comunque data una tempestiva risposta alle esigenze degli iscritti, in particolare per quanto attiene le problematiche assistenziali, certificative, medico legali relative all'emergenza COVID 19.

Per quanto riguarda le nuove iscrizioni, non appena ricevute in data 18/03 le necessarie istruzioni e la relativa modulistica dalla Federazione Nazionale in applicazione al decreto legge n. 18 del 17/03/2020, acquisite le domande di iscrizione dei neo-abilitati, siamo stati in grado di procedere in data 20/03 a 64 nuove iscrizioni che sono diventate complessivamente 99 nei giorni successivi.

La prima richiesta alla Regione in merito alle necessità assistenziale e alla fornitura dei DPI al personale sanitario è del 12/03 (ancora senza risposta) mentre a livello locale l'Ordine è intervenuto con un primo comunicato del 26/03 relativamente alla tutela dei propri iscritti e con un successivo del 04/04 per il tentativo di colpo di spugna sulle responsabilità degli amministratori. Il Presidente ha inoltre partecipato a varie trasmissioni delle emittenti locali.

Per la carenza di forniture di DPI da parte di chi avrebbe dovuto occuparsi delle truppe mandate al fronte disarmate, l'Ordine di Perugia, in qualità di Ordine capoluogo, ha inoltre consegnato una notevole quantità di mascherine Ffp2, ricevute dal Ministero della Salute, per l'intervento della FNOMCeO, all'Ordine di Terni e a tutti i medici impegnati nelle attività territoriali (MMG, CA, PLS, specialisti ambulatoriali) cui era vincolata la distribuzione. Analoga quantità di mascherine, per uso non sanitario, è stata distribuita a vari istituti, residenze assistite e comunità della Regione.

Anche per questa attività va ringraziato il personale, i coordinatori delle AFT della Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, i referenti dei PLS e degli specialisti che hanno consentito di svolgere questo compito con tempestività ed

Di tutte le novità, disposizioni, circolari, provvedimenti è stata data inoltre notizia attraverso la nostra mailing list ed il nostro sito, che dall'inizio di questa vicenda, è listato a lutto per ricordare il sacrificio di tanti nostri colleghi.

# **COMUNICATI STAMPA**



#### ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

#### COMUNICATO STAMPA 26/03/2020

Da oggi il sito dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia, al pari di quello della Federazione Nazionale è listato a lutto per ricordare i 40 medici che finora hanno perso la vita a causa del Coronavirus.

Decine di morti, centinaia di ricoverati in ospedale o rianimazione, migliaia in isolamento. Un contagiato su 10 è un sanitario.

Di fronte a questi numeri di colleghi si fa strada una domanda. Ma non era tutto sotto controllo ed eravamo la nazione che aveva adottato le misure più severe per il contagio?

Dobbiamo purtroppo constatare che dopo un mese ancora mancano mascherine e dispositivi di protezione. Pressoché assenti nel territorio, inadeguati e insufficienti negli ospedali.

Eroi o carne da macello?

La nostra proposta immediata – per consentire di far fronte all'epidemia e una ripresa almeno parziale dell'erogazione delle prestazioni essenziali almeno ai soggetti più vulnerabili garantendo un'adeguata protezione non solo agli utenti ma anche agli operatori sanitari - consiste nello sbloccare immediatamente e senza ritardi le forniture di dispositivi di protezione individuale ma anche di eseguire test di screening a risposta rapida in maniera sistematica per lo meno a tutti gli operatori sanitari operanti nel pubblico e nel privato – inclusi i medici di medicina generale e operatori di case di riposo o RSA, centri diurni – che mostrano sintomi di infezione da Covid-19 (anche lieve e in assenza di febbre) o che sono stati in contatto con casi sospetti o confermati. Altrimenti oltre ai rischi personali che gli operatori sanitari si trovano ad affrontare, gli ospedali e il personale medico potrebbero diventare un possibile ulteriore veicolo di diffusione per l'infezione.



#### ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PERUGIA

#### **COMUNICATO STAMPA 04/04/2020**

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Perugia condivide e sottoscrive l'appello pubblico dell'Ordine di Torino che di seguito si riporta.

È inaccettabile per quanti, pazienti e operatori sanitari, hanno pagato il massimo tributo in questa tragedia, che si tenti di cancellare con un colpo di spugna preventivo le eventuali responsabilità nella gestione dell'emergenza.

#### COMUNICATO STAMPA: IMMUNITÀ PER LE STRUTTURE SANITARIE IN CASO DI DANNI AGLI OPERATORI L'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO: "PROPOSTA CRUDELE E OFFENSIVA, GLI EMENDAMENTI VENGANO RITIRATI"

A ieri, sono 77 i medici morti in Italia. Solo in Piemonte, almeno 60 sono ricoverati in condizioni serie. Dei medici positivi al Covid-19 si è perso il conto, ma si stima che sia stato contagiato il 15% degli operatori.

A fronte di questi dati, nella discussione al Senato sulla conversione del decreto legge Cura Italia (il dl n. 18 del 17 marzo), sono stati presentati alcuni emendamenti che prevedono una sostanziale immunità per le strutture sanitarie e per i soggetti preposti alla gestione della crisi sanitaria, in relazione agli eventi avversi accaduti durante la pandemia da Covid-19 e in particolare "in caso di danni agli operatori".

Gli emendamenti, con sfumature differenti in base al proponente, sostengono tutti lo stesso concetto: le condotte dei datori di lavoro non determinano responsabilità penale, civile ed erariale. I proponenti sono esponenti delle forze di governo e di opposizione.

Dunque, nessuna colpa se i DPI non sono arrivati, se i tamponi non sono stati fatti, se respiratori e caschi non sono sufficienti, se la gravità dell'epidemia è stata sottostimata, se l'organizzazione è stata incapace, incerta, lenta e lacunosa.

Nessuno potrà indagare: noi medici siamo definiti eroi, che devono lavorare con abnegazione e spirito di servizio, e tanto basta.

Si piangono i pazienti, ma non si potrà verificare se i sanitari sono stati messi nella condizione di curarli con tutti gli strumenti possibili. E se sono stati tutelati o mandati ad ammalarsi nell'esercizio delle loro funzioni.

Questi emendamenti sono crudeli, sprezzanti e offensivi per una categoria che sta combattendo e lavorando a mani nude. Sono inaccettabili in uno stato di diritto.

L'Ordine dei Medici di Torino, insieme alle maggiori organizzazioni sindacali dei medici, chiede che i proponenti li ritirino immediatamente, chiedendoci scusa per aver pensato di assolvere a priori le strutture sanitarie e le istituzioni che avevano la responsabilità e il dovere di tutelarci: tutto il paese è al nostro fianco.

Ci ricorderemo di tutto.

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

# UNITA' DI CRISI O UNITA' "IN" CRISI?

L'Ordine dei Medici non fa parte di nessuna task force o unità di crisi.

Non pensiamo certamente di avere soluzioni miracolistiche ed è nostra convinzione che i cimiteri siano pieni di persone indispensabili, ma in quanto organo sussidiario dello stato, esponente della professione, a conoscenza di quelle che sono caratteristiche e capacità della categoria qualche e requisito e competenza forse li dovremmo avere. In altre Regioni ci sono anche state, per scelte francamente discutibili o errate di varie Unità di crisi, forti contrapposizioni tra Ordini e amministrazioni regionali (Piemonte, Lombardia).

Il fatto di non essere presenti è un rammarico, soprattutto per quello che gli altri possono perdere, specialmente tenendo conto di quanti comitati ci sono in giro.

La Fondazione Openpolis in un suo studio scrive: "Tanti atti, molti attori. Come abbiamo avuto modo di vedere una complessa macchina statale si è messa in campo per affrontare questa crisi. Gli attori coinvolti sono tanti, le decisioni da prendere pure, e questo ha anche creato momenti di confusione. Una catena di comando che per quanto definita, anche a causa del decentramento attuato, ha portato a non poche polemiche. Uno scontro, soprattutto tra governo e regioni, che si basa proprio sulla difficoltà di stabilire quali norme abbiano più peso di altre".

La macchina dell'emergenza Coronavirus ha sfornato, in Italia, già 1.500 nomine. Commissari, esperti, consulenti in movimento da mesi, con ruoli spesso inutili o sovrapposti, e figli di una proliferazione di strutture, sia a livello statale che regionale. Basti pensare che, da gennaio a oggi, sono stati 17 gli organismi coinvolti a livello nazionale nella gestione della crisi, ai quali però vanno sommati 16 task force e 19 unità di crisi costituite dai presidenti delle Regioni. Sono 1.466 gli incarichi censiti, in strutture nazionali e locali. La maggior parte (676) assegnati da aziende o enti sanitari, vengono poi le Regioni (442), quindi gli organismi statali (274 nomine) e le prefetture (114). Nello studio si ravvisa che "la catena di comando si è rivelata essere confusa e dislocata su più ambiti, anche per come si è deciso di comunicare, o a volte non comunicare, determinate informazioni. La gestione dell'emergenza ha seguito sia una linea verticale, riguardando stato centrale, regioni e comuni, che una orizzontale, chiamando in causa istituzioni politiche, sanitarie e della protezione civile. Il tutto reso ancora più complesso dall'autonomia data alle regioni, che hanno implementato strategie e politiche differenti. La gestione politica della pandemia è stata caratterizzata da due movimenti: da un lato, si osserva nella ricerca, una decentralizzazione della catena di comando, con la nomina dei presidenti di regione come soggetti attuatori, dall'altro un'esternalizzazione delle decisioni, con il costante e ricorrente coinvolgimento di personalità tecniche: accademici, scienziati e dirigenti".

Forse ha ragione Sebastiano Messina che su "Repubblica" di qualche giorno fa scriveva "Gli scienziati spiegano che l'epidemia sarà sotto controllo quando l'indice R0 scenderà sotto 1, cioè quando il numero giornaliero dei nuovi contagiati sarà pari o inferiore al totale dei membri di comitati, task force, e unità di crisi nominati".

# LA MEDICINA DI FAMIGITA E IL CORONAVIRUS

DOTT, TIZIANO SCARPONI

Impossibile in auesto momento prevedere come sarà il futuro della medicina di famiglia! In pieno tsunami sta cercando di rigenerarsi. di aprire nuovi percorsi: fondamentali sono i gruppi FB e WhatsApp in cui



condividiamo ansie, comportamenti clinici, problemi medico-legali che di fatto stanno delineando il futuro della nostra professione.

Se fossi in grado di proiettare un video della mia medicina di gruppo composta da 7 colleghi, con un'utenza di 9000 pazienti, potrebbe essere considerato paradigmatico della vita professionale di questi giorni. Sala d'aspetto e corridoio vuoti. Le seggiole accatastate con sole 3 o 4 disponibili per potersi sedere, opportunamente distanziate. Noi medici tutti in camice e mascherina che ogni tanto, ognuno sulla soglia del proprio studio per mantenere la distanza di sicurezza, parliamo ed esprimiamo come viviamo la nostra angoscia del contagio soprattutto nei confronti delle proprie famiglie. Su come ci troviamo a gestire il nostro lavoro tramite telefono per circa il 70%, come abbiamo risolto il problema dell'invio telematico delle ricette e dei certificati, dove abbiamo trovato le mascherine. Senza dubbio niente sarà più come prima.

Mi alzo il mattino alle 6,30 per essere alle 8 in ambulatorio dove inizia il mio lavoro istituzionale": invio telematico di ricette che trovo su segreteria telefonica, su" email, su messenger e WhatsApp.

Due telefoni, fisso e cellulare, che squillano continuamente: in media dalle 110 alle 130 telefonate al giorno. Odi et amo: mi viene in mente pensando al telefono. Lo odio perché il suo squillo mi sta lacerando il cervello. Lo amo perché senza di lui mi senterei finito come si sentirebbero persi i miei pazienti se non dovessero sentire più la mia voce attraverso lui. Dubbi, preoccupazioni, conforto, consigli, prescrizioni e commiserazione, al momento passa quasi tutto attraverso lui. Allo stato attuale il telefono è il mio occhio, la mia mano: sempre acceso giorno e notte, sette giorni su sette.

Quando il telefono non è sufficiente il paziente viene a studio concordando prima con me il suo accesso: "Mi raccomando venga puntuale alle ore x per evitare che si formino code, indossi una mascherina chirurgica". La seduta è completamente cambiata: non più strette di mano, non più accoglienza empatica, non sono ancora riuscito a elaborare un nuovo modello di contatto: la voce è falsata dalla mascherina che mi fa vedere solo gli occhi e la fronte. Spesso sono più concentrato sul tipo di mascherina che il paziente indossa, sul tempo che ci mette a raccontarmi la sua storia e su quello che impiego io per raccogliere l'esame fisico, l'esame obiettivo.

Il modo di vivere la visita domiciliare è ancora peggiore. Rapido, telegrafico, preoccupato soprattutto se il paziente è molto anziano e vive da solo e presenta difficoltà nel recepire quello che dico.

E' strano! Forse non è strano, ma mi sto rendendo conto che non sono più me stesso. Mi sento più soddisfatto di come curo in modo virtuale piuttosto che in quello reale. Per telefono riesco ad essere più vicino, più Tiziano alla vecchia maniera. Con il paziente davanti, in carne ed ossa, mi spiace dirlo, ma mi sento in ansia, percepisco la sua presenza quasi come un fastidio, come se avessi davanti a me un nemico...forse dovrei crearmi un avatar.

A questo punto è d'obbligo qualche considerazione sugli scenari futuri che si stanno delineando per la mia professione. E' molto difficile che si torni a lavorare come si lavorava prima della pandemia, anche se nessuno sa, poiché al momento tutte le prestazioni non urgenti non vengono soddisfatte, come si svilupperà una volta che sarà smaltita l'onda di riflusso delle prestazioni che erano state differite. Ci troveremo di fatto una popolazione nuova di pazienti che ha imparato a venire in ambulatorio quasi solo per appuntamento. Che dovrebbe avere imparato a venire per dei problemi più strettamente sanitari. Che dovrebbe aver imparato ad usare la tecnologia in generale e quella medica in particolare. Oramai moltissimi si sono dotati di saturimetro e sfigmomanometro e che "smanettano" su App che sono in grado di monitorare diversi problemi o parametri clinici.

Il teleconsulto per la patologia cronica, che credo resterà per la maggior parte in carico a noi, dovrà diventare prassi quotidiana. Mi immagino che il medico di famiglia entrerà dentro l'ambulatorio come se entrasse dentro una cabina di regia con tanti cruscotti e monitor in grado di fare una verifica in tempo reale, ogni ventiquattro ore, dei parametri sottoposti a monitoraggio di ogni singolo paziente. Facciamo l'esempio dello scompenso cardiaco: peso corporeo, indice di dispnea, saturazione dell'ossigeno, assunzione dei farmaci saranno informazioni fruibili quasi all'istante e pertanto sarà quasi automatico il richiamo del paziente per una valutazione diretta, oppure andare a domicilio per un esame clinico approfondito. Certo! Sono scenari che si adattano meglio a colleghi e pazienti nativi digitali, e lasciano in affanno noi "vecchi" medici, ma la Medicina di Famiglia se vorrà sopravvivere dovrà fare questo salto tecnologico accompagnato sempre da una modalità empatica e narrativa che sono e saranno sempre delle peculiarità di questa professione.

Trauma da pandemia, adattamento, rigenerazione e "costruzione" di un nuovo rapporto medico e paziente. Una nuova co-costruzione ci attende. Noi medici e noi pazienti, magari molto più "smart".

Mentre sto arrivando alle conclusioni di questo breve scritto è passato qualche giorno da quando lo avevo iniziato e già sto notando come il mio "setting" si

stia adattando a recuperare il rapporto con i pazienti in modo rilassato e senza fretta. Mi sto abituando a superare l'ansia del contagio, forse anche perché la dotazione di dispositivi medici di sicurezza è aumentata. Forse perché a mia volta ho avuto un contatto a rischio con un paziente Covid19 e sono stato "tamponato", fortunatamente con esito negativo. Forse perché mi sto abituando ad entrare in casa passando per il garage svestendomi, gettando mascherina e quanti nei contenitori di smaltimento rifiuti speciali, disinfettandomi le mani, indossando una tuta che uso solo dentro le mura della mia abitazione. Non bacio più né moglie né figli. Non vedo più il mio primogenito, medico anche lui, dal mese di febbraio: una scelta fatta di proposito per spalmare le probabilità di contagio al 50% fra noi due così è la vita all'era del Coronavirus



# STORIF AL TEMPO DEL CORONAVIRUS

STRANF77F DEL TEMPO DEL CORONA

DOTT, CLAUDIO LOLLI MMG

Ho imparato molte cose in questo momento delicato e particolare.

La più importante è la sensazione di nullità e impotenza, che si è insinuata nella psiche mia e, penso, anche in quella di buona parte dei miei colleghi.



Ho partecipato con viva commozione alle vicende dolorose dei miei colleghi in Lombardia, consapevole che la stessa sorte poteva capitare benissimo anche a me.

Hai voglia a parlare di resilienza, o di occasione per impostare in modo nuovo l'esistenza. La paura è una forza occulta, che può davvero minare le fondamenta delle tue certezze.

I pazienti sono cambiati, come siamo cambiati noi.

Ma, nonostante tutto, abbiamo il gancio per attaccarci anche ad una piccola speranza ,che oggi vediamo effimera.

Il gancio rimane sempre la capacità di ragionamento, la convinzione che in fondo noi esseri umani ,così complessi, siamo fatti di quattro atomi (carbonio, ossigeno, azoto, idrogeno), che tendono all'entropia e, chissà per quale ragione, rimangono insieme per farci vivere.

Se un microfilamento di RNA è capace di mettere a sogguadro il mondo, proprio perché si presenta come avulso da noi, noi dovremmo interrogarci sulla nostra semplice composizione ed evitare, per quanto possibile, di interagire con elementi a noi estranei, che possono compromettere il nostro delicato equilibrio.

Un episodio di guesti giorni. Da tempo ho a che fare con una paziente psicopatica con manie di persecuzione.

E' stata capace di scrivere in passato una lettera di biasimo al direttore generale per essere stata "ingiustamente trascurata" dalle infermiere del distretto nella cura di fastidiose ulcere alle gambe.

Il mio rapporto con lei è stato alternante, con momenti un po' burrascosi, mi son fatto pure aiutare dal mio collega psichiatra del centro di salute mentale, in cui ho dovuto farle capire di avere fiducia in chi la curava.

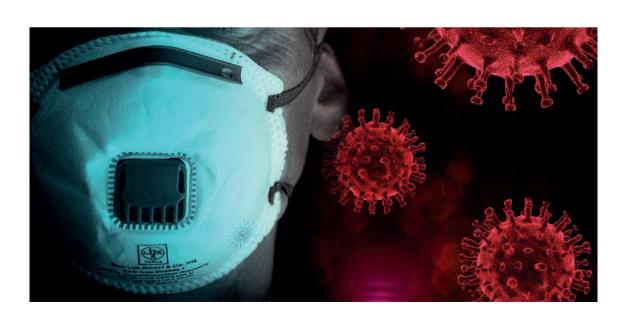
Sono riuscito, non so come, a farla ricoverare e a convincerla di curarsi meglio, ma, al ritorno a casa, ha ricominciato ad avere diffidenza nei confronti del personale

sanitario, pretendendo di curare le ulcere da sola portando il materiale di cura a casa sua perché, a suo dire, lei è più brava delle infermiere a curare le ulcere. Nei giorni del Corona però l'ho vista molto perplessa e frastornata. In ambulatorio veniva, provando a chiedere i presidi, ma, non vedendo il solito affollamento, ha capito che qualcosa era cambiato.

L'ho salutata cordialmente, le ho detto che purtroppo le sue lamentele non sarebbero state ascoltate e che era invece importante munirsi di una mascherina perché il mondo era cambiato.

Le ho dato una mascherina. Mi ha ringraziato con uno sguardo nuovo e mi ha chiesto subito quando veniva l'infermiera per fare medicazioni.

Da più di una settimana la paziente è diventata ligia alle prescrizioni, si fa medicare le ulcere ed ha un buon rapporto con l'infermiera.



# LE PROVE DEL FUOCO TI FANNO UOMO

DOTT. FILIPPO PIERELLI MEDICO DI CA

Credo che non sia possibile dimenticare la prima notte di guardia medica. Io di certo non lo farò. Sono un giovane medico fresco di laurea, ammesso che 3 anni trascorsi dalla fine degli studi mi possano ancora far rientrare



nella categoria del giovane e del fresco. Finita l'università avevo in mente tutto e niente riguardo al mio futuro, così, più per caso che per convinzione, mi ritrovai a frequentare il corso di formazione in medicina generale e sempre per caso, giorno dopo giorno, capii che questa era la mia strada. Così con la stessa naturalezza che ha segnato questo mio percorso sin dal principio, mi ritrovai ad affrontare il terzo ed ultimo anno, il più importante, l'anno in cui si trascorrono intere giornate nell'ambulatorio di un medico esperto e si prova rubare con gli occhi quanto più possibile. Ecco realizzarsi finalmente il sogno di uscire dalle biblioteche, ecco giungere il momento di mettersi alla prova nel forse più delicato e poliedrico tra i mestieri umani.

In quello stesso periodo, cavalcando l'adrenalinica onda dell'ottimismo, decisi di accettare anche i primi turni di continuità assistenziale. Non posso negare che quell'ottimismo andò via via trasformandosi in tensione con l'avvicinarsi del primo turno. Ricorderò per sempre quella minuscola stanza, con un lettino provvisorio, in un paesino sconosciuto e lontano da casa mia. Quella notte il vento faceva sbattere una porta chissà dove, il riscaldamento non voleva saperne di funzionare e la Rai trasmetteva la settantesima edizione del festival di Sanremo...in pratica una canonica prima notte di guardia, non fosse stato che per un solo, poco trascurabile, dettaglio: due kit per coronavirus si adagiavano minacciosi sulla scrivania, come a dire, benvenuto caro dottore, volevi la guerra ed eccola servita. Quella quardia trascorse piuttosto tranquilla in realtà, tra qualche lettura e qualche consulto telefonico, una fortuna che a volte capita. Il problema furono i giorni a venire: il telefono non smetteva di squillare, accessi a profusione per sintomi influenzali, innumerevoli visite domiciliari, ogni paziente una scoperta, ogni casa un nuovo mondo da capire. Fu difficile tuttavia concentrarmi esclusivamente nella pratica clinica, arduo visitare il paziente a mente sgombra senza lasciarsi intimorire da un pericolo che piano piano andava

palesandosi, ronzio di una minaccia sempre più concreta. Impossibile accendere il televisore o usare il PC senza provare angoscia, senza apprendere il progressivo e inarrestabile propagarsi del contagio. La Cina all'inizio era lontana, il pericolo chimerico, distante anni luce da noi. Cresceva tuttavia, senza arrestarsi, l'avanzare del contagio alle nostre latitudini, fino ad interessare la nostra regione, quindi la nostra città, per poi colpire il vicino di casa, il conoscente, nei casi più sfortunati un familiare; assumendo nelle nostre menti la forma di "paura dell'altro".

L'ambulatorio del Tutor, intanto, andava svuotandosi dei suoi pazienti, andava crescendo la tensione, si iniziavano a vedere le prime misure di sicurezza, le prime mascherine con filtri, immagini che fino a qualche tempo prima si vedevano solo in film di fantascienza. I pazienti avevano fretta: venivano solo per problemi più seri, molti restavano in piedi nell'ambulatorio, e quei pochi che non lo facevano spostavano la sedia un poco più indietro, distanti. L'attesa per i DPI, un'intera mattina dedicata ad una paziente febbrile tornato da Codogno, un'attività che diventava giorno dopo giorno più "a distanza", per quanto possibile per un lavoro come il nostro. Iniziarono le videochiamate, le "video-visite".

Così erano scandite le mie giornate, il mattino col tutor e la notte in guardia: prima di firmare la mia prima autocertificazione, prima di uscire di casa, prima di affrontare un'altra notte, ricordo quanto desiderassi avere dalla mia almeno un po' di esperienza. In macchina guidavo piano prima di recarmi al domicilio di un paziente, passavo in rassegna tutte le possibili precauzioni che avrei messo in atto per evitare il temuto contagio.

Ricorderò sempre la solitudine di questi giorni, i messaggi ammonitori ma al tempo stesso benevoli scritti su Facebook, dettati dall'enorme paura che provavo per me stesso ma soprattutto per tutti gli altri; l'esortazione "restate a casa per favore", unica arma di difesa in guesta battaglia solitaria. Classe medica si, ma in certe situazioni siamo davvero soli e tristemente inermi. Difficile dimenticare quel turno con oltre 50 accessi in struttura, la maggior parte dei quali con sintomatologia influenzale, con la mia mascherina chirurgica celeste, una sorta di spada di legno contro il drago che sputa fuoco. Come posso dimenticare lo squillo del telefono all'alba "mio padre è morto, cosa dobbiamo fare?", seguita subito dopo dalla chiamata "mio figlio ha la febbre, ha paura che sia coronavirus". Come posso dimenticare la notte in cui ripassavo con un occhio la posologia dell'aloperidolo e con l'altro cercavo di capire se una mascherina poteva essere utilizzata più volte o se fosse il caso disinfettare il saturimetro per l'ennesima volta. Di questa mia prima esperienza lavorativa legata inesorabilmente alla pandemia da Covid-19 ricorderò un marzo folle dominato da adrenalina, solitudine, paura e senso di responsabilità. Ricorderò queste mascherine che pur coprendo gran parte del volto non riuscivano a celare il timore e l'incertezza di uno squardo. Mi ricorderò di aver rimpianto la libertà di poter uscire di casa senza una valida ragione. Mi ricorderò di quanto è prezioso il contatto con il paziente, di quanto sarebbe stato piacevole accettare quel caffè dopo quella domiciliare. Mi ricorderò del mio amico di scuola che con uno slancio d'altruismo mi telefona e dice "quarda, ho una mascherina ffp 3, il massimo, se vuoi vieni a prenderla che a te serve più che a me". Come dimenticare le ore passate al telefono a tentare di rassicurare amici

parenti e conoscenti su un infezione virale di cui si sa poco o nulla, consapevole in realtà che di quell'infusione di coraggio ne stiamo beneficiando entrambi. Le ore passate a confortare un amico riguardo le condizioni del proprio zio colpito dal virus, zio che sarebbe morto qualche settimana dopo, il giorno di Pasqua.

Mi dicevano buttati, prove del fuoco ti fanno uomo; medico, in guesto caso. Non mi sono trasformato in Medico dall'oggi al domani e sono cosciente che la mia esperienza è ben poca cosa rispetto ad altri scenari ben più tragici. L'ondata apocalittica Covid-19 passerà, ma non senza conseguenze, tanto molteplici quanto lo sono stati i settori che ha travolto, soprattutto quello della medicina e nel particolare la medicina del territorio. Difficile prevederne risvolti futuri e possibili soluzioni. Così mi sono ritrovato a mettere nero su bianco la mia prima esperienza di guardia medica in un pomeriggio di guarantena non troppo diverso da quelli che si susseguono interminabili da circa due mesi ormai. Se nel raccontarvi questa mia storia avessi dato occasione ad alcuni di voi di rimembrare i primi giorni da giovani medici sul campo di battaglia dell'ignoto, sarebbe il più grande successo. Un saluto a tutti.



# I MEDICI SPECIALISTI TERRITORIAL LE LA PANDEMIA SARS-COV2

DOTT. ALESSANDRO CIACCA, DOTT. MASSIMO SORBO

Il virus è arrivato, dapprima in sordina poi con tutta la sua drammaticità. Sembrava un problema solo degli ospedali e invece sì è visto che ha colpito duramente anche i sanitari del territorio, medici e infermieri. Nei poliambulatori



Noi Specialisti abbiamo prestato la nostra opera chi con meno chi con più apprensione (madri di figli piccoli o con anziani in casa, medici affetti da determinate patologie), soprattutto per la mancanza di adeguati mezzi di protezione. Come Sumai abbiamo sollecitato sin dall'inizio, sia a livello nazionale che regionale, l'invio di mezzi di protezione e una restrizione delle visite alle sole urgenze lasciando le altre differibili al consulto telefonico o ad altri sistemi di telemedicina attivabili. Lungaggini burocratiche, direttive che cambiavano troppo spesso, impreparazione a questo evento, nuovo solo nella drammaticità della presentazione, non lo hanno permesso subito e alcuni di noi, Specialisti e Infermieri del territorio, hanno contratto il virus. A quel che mi risulta non in modo grave ma con risvolti personali e familiari importanti.

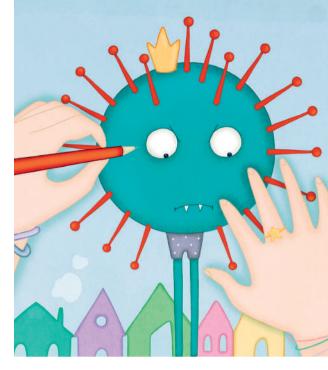
L'isolamento personale: una prigione, che può essere anche dorata ma sempre prigione è Il pensiero, nei primi giorni, su come evolverà la malattia considerando gli aspetti più drammatici che hanno al momento solo terapia sintomatica. Il timore per i familiari: la paura che possano aver contratto il virus e quindi l'isolamento anche per loro. La mancanza del contatto familiare, anche visivo se non da lontano, da una finestra.

La perdita di sicurezza per genitori anziani ai quali viene in parte meno la presenza di quelle persone che li assistevano con consequenti rischi nella gestione dei farmaci e delle cadute. Purtroppo non si muore solo per il virus ma anche per il virus. L'amarezza e' constatare che, nonostante le epidemie ricorrano ogni tanti anni e recentemente con più freguenza, non sia mai stato messo a punto un piano per l'emergenza con conseguente alto rischio per i Sanitari che non vogliono essere chiamati eroi perché costretti a fare il loro dovere a mani nude. I Medici, come tutti, vogliono svolgere il loro lavoro in sicurezza e solo così possono esprimere al meglio la loro professionalità.

# UNA STORIA IMMAGINARIA DEI NOSTRI GIORNI

DOTT. MORENO PUCCETTI MMG

E se il CORONA VIRUS arrivasse a Spina o a Cerqueto o a Marsciano? Un storia immaginaria dei nostri giorni ... ma pensate poi che sia tanto campata per aria e potete giurare che è proprio frutto della mia fantasia paranoica?



1) Venerdì 28 febbraio 2020. Viene nel mio studio un uomo di 57, fumatore, febbricitante e con tanta tosse. Ha gli occhi un po' arrossati. Dice che si sente tanto stanco. Lo visito: rantoli crepitanti basali a destra. Lui non si è vaccinato per l'influenza...si sentiva ancora giovane per farlo! Concludo che in quest'inverno è l'ottavo paziente che vedo con una bella broncopolmonite. Ma per gli altri sette il mio ragionamento è stato diverso. Questa volta, prima di passare subito all'antibiotico ed al certificato di malattia, mi viene di fare delle domande: ha viaggiato all'estero nell'ultimo periodo? E' stato in contatto con persone che sono state in Cina o comunque in oriente? Nega tutto, ma poi aggiunge che non sa se i camerieri del ristorante cinese in cui è stato la settimana scorso erano da tempo in Italia oppure erano stati in Cina per il loro capodanno ed erano rientrati da poco. Non ho scelta! Nel dubbio devo applicare la normativa che ci è stata impartita nell'ultima riunione dell'AFT appena pochi giorni fa.

Le disposizioni date dai nostri superiori sono semplici ed inequivocabili: devo mettergli SUBITO la mascherina e chiamare il 118

2) La macchina si mette in moto: l'ambulatorio viene immediatamente chiuso, il paziente viene portato all'Ospedale. Gli altri pazienti presenti in sala d'attesa ed il sottoscritto medico veniamo messi in isolamento forzato. Si rintracciano anche i paziente che erano stati da me visitati prima e si portano anche loro in isolamento.

3) Îl medico di MMG si trova nel giro di un'ora senza più il suo ambulatorio (diventa impossibile procedere a disinfezione con tutte le cose e gli strumenti che ci sono dentro. Si fa prima ad aprire le finestre e mettere i sigilli per almeno 9-10 giorni: il tempo necessario perché gli ipotetici virus presenti nel locale muoiano).

4) İl MMG, in isolamento, non potrà più svolgere il suo lavoro per almeno 2 settimane (sperando che tutto vada bene e si risolva in una bolla di sapone)

altrimenti i tempi saranno molto più lunghi.

5) E non andrà meglio per una Medicina di Gruppo. Sarà così per ognuno dei componenti. Perché in sala d'attesa i vari medici, quando quel paziente aspettava il suo turno, c'erano passati più e più volte per andare a conferire con le segretarie. Tutti i medici di quel Gruppo verranno messi in isolamento ed i loro ambulatori: sigillati

6) Sarà una situazione che si protrarrà da un minimo di 2 settimane a 2-3 mesi nella peggiore delle ipotesi.. Ma che si fa? Il medico di MG può chiudere tutto come fosse un semplice negozio di frutta e chi s'è visto s'è

visto? NO! Purtroppo non è così!

# PROPOSTE:

NON farci trovare impreparati e cercare di organizzarci ipotizzando lo scenario peggiore in maniera tale che se dovesse malauguratamente succedere potremmo far fronte alla situazione. Ma dobbiamo muoverci! Ecco le mie proposte

1) CREARE . una nutrita lista di Medici pronti a sostituire il medico che viene

messo in guarantena. Dove attingere i nominativi?

a. I giovani medici del corso di formazione in MG, offrendo loro che la sostituzione che faranno non solo verrà retribuita come di prassi, ma NON verrà considerata come un'assenza dal Corso ed anzi avranno anche un minimo di punteggio aggiuntivo!

b. Quelli che fanno il Servizio di Continuità Assistenziale, assicurando anche a loro, un punteggio aggiuntivo, trattandosi di una situazione

di emergenza

c. I medici che vorranno dare la loro adesione (medici in pensione, ecc.)

Lista che dovrà essere conservata dall'organo di coordinamento e che verrà messa a disposizione del medico che in quel momento ha necessità

2) Individuare (compito dei Comuni!) dei locali, nelle località dove ora sono ubicati i vari studi di Medicina Generale da poter utilizzare in emergenza come studi medici per alcune settimane (finché non sarà dichiarato di nuovo agibile lo studio prima sigillato). Per esempio per la nostra area: un locale a SPINA, uno a CERQUETO, uno a S.Valentino, uno a S.Biagio, uno a Olmeto, alcuni a Marsciano, uno a Papiano, ecc. da poter requisire per qualche settimana e da poter utilizzare appunto come ambulatori di fortuna. Per situazioni di emergenza come queste pretendere una delibera che i locali (che verranno utilizzati al massimo per poche settimane) potranno essere anche NON a norma.

3) Predisporre accordi con Società di Telefonia per far attivare SUBITO (nel giro di poche ore!), saltando ogni burocrazia, una linea ADSL nel locale del nuovo ambulatorio provvisorio che servirà per collegarsi con i SAR per

le ricette, con l'INPS e l'INAIL per i certificati, ecc.

4) Predisporre accordi con le società di software (Millennium, ecc.) perché si rendano disponibili ad istallare SUBITO in un nuovo computer il programma con tutto l'archivio (che potrà essere recuperato dal server di RRSnet.) per mettere il medico sostituto in condizione di lavorare in maniera ottimale

Conclusione: nel giro di un giorno il MMG DOVREBBE ESSERE IN GRADO di

organizzare la sua sostituzione nel nuovo ambulatorio "di fortuna".

Raccomandazioni al momento per noi tutti:

- 1) Inviare i nostri dati al Server di RSSnet quasi quotidianamente, per poter avere aggiornati i dati da dover recuperare in caso di necessità
- 2) Fare un attenta anamnesi quando veniamo contattati al telefono in situazioni di problematiche simil influenzali e fare il sacrificio di offrire, in questo periodo, di visitare a domicilio invece che in ambulatorio alcuni pazienti che potrebbero essere candidati ad aver contratto questo tipo di infezione.

#### LA VOCE DEL TERRITORIO

# IL COORDINATORE DI AFT NEL TEMPO DEL CORONAVIRUS

DOTT. MARCELLO RONCONI MMG

Un ruolo stano e diverso quello del Coordinatore di una AFT al tempo della pandemia da Coronavirus.: già messo in discussione a più riprese per i compiti della Aggregazione, da molti ritenuti non indispensabili, stretto tra



indifferenze, apatie, scarso coinvolgimento di alcuni colleghi, convocato dagli Uffici Amministrativi spesso per compiti meramente burocratici, il Coordinatore di AFT trova in questa fase un nuovo ruolo: non più convocatore di riunioni mensili con i colleghi, ma animatore di un quotidiano scambio di opinioni, notizie, contraddittori via social con i medici della propria AFT. Un luogo di incontro virtuale, Whatsapp, ma anche mail o Facebook che sia, ma sempre affollato, partecipato, arricchito di esperienze, pareri, news. Ecco, un aspetto positivo di questo periodo drammatico: la socializzazione vivace e partecipata, ancorchè telematica, uno spirito nuovo e sentito di appartenenza e aggregazione dei Medici della AFT.

# II MEDICO OSPEDALIERO E IL CORONAVIRUS

DOTT.SSA CRISTINA CENCI MEDICO OSPEDALIERO

"Non abbiamo paura della morte e combatteremo come Enrico Toti, con una gamba sola e lanciando la stampella contro il nemico, prima di cadere in battaglia".

È questa l'immagine che un caro collega, dirigente medico ospedaliero, ha evocato dai libri di storia, all'inizio di questa querra contro il coronavirus.

Ma il nemico nel suo immaginario e pure nel mio, non era il tanto temuto virus, quanto piuttosto lo stato italiano:

-prima infatti, è stata introdotta per decreto la mascherina chirurgica come mezzo di protezione individuale, valido per le attività cliniche sul malato COVID 19, al posto delle maschere con filtro FFP2, stante la carenza di tali dispositivi; -poi, sempre per decreto è stata annullata la guarantena per medici e infermieri. Secondo il Governo italiano dobbiamo lavorare finchè di fatto non ci ammaliamo di COVID 19 o se risultiamo positivi al tampone rinofaringeo, che in Umbria viene

fatto dopo 4 giorni dal contatto stretto con un malato positivo al virus. In deroga a quello che avviene per altri dipendenti pubblici, in primis governatori e consiglieri.

Con il decreto legge del 6 marzo 2020, si è smentito infatti, proprio per gli operatori della sanità, che sono tra i più esposti a rischio infettivo e tra coloro che potrebbero essere veicolo di diffusione nosocomiale di infezione, quanto in precedenza lo stesso governo aveva giustamente stabilito con il fine ultimo di limitare la diffusione del virus tra la popolazione.

E negli ultimi giorni c'è stato pure qualche collega che ha proposto che i medici positivi a COVID 19 possano lavorare nei reparti COVID...

Ma lo sanno i decisori politici e quanti si arrogano il diritto di pontificare da social media e televisione, quello che è successo in Cina? Sanno quello che è successo nelle regioni del Nord? Vedono quello che sta succedendo nel mondo???

Hanno letto i quasi 4 mila articoli indicizzati in PUBMED sul "nuovo virus"??? Queste le domande che con i miei colleghi, continuiamo a farci dall'inizio dell'epidemia nel nostro paese, ad oggi, in tutti gli ospedali della nostra regione. TRACCIARE i contatti, TESTARE tutti gli operatori sanitari e TRATTARE tutti i



pazienti positivi. Questo dovrebbe essere il piano Nazionale da seguire in tutte le regioni d'Italia, nessuna esclusa.

Temiamo che abbassando le difese, proprio negli operatori sanitari, ultimo baluardo di un sistema sanitario saccheggiato in questi ultimi 10 anni, dalla cecità dagli stessi decisori politici, favoriremo la diffusione di SARS COV 2 nei nostri ospedali e il sorgere di altri focolai nosocomiali di virus. E abbiamo anche paura di portare il virus nelle nostre famiglie, ai nostri bambini e ai nostri anziani. E mentre i decisori politici a suon di decreto fanno di tutto per continuare a non vedere, che hanno fatto e che fanno i medici che, negli ospedali italiani, hanno dovuto "tenere botta" con armi spuntate ad un nuovo nemico giunto dalla Cina??? Alcuni combattono la loro più dura battaglia attaccati ad un ventilatore e assistiti dai loro colleghi e dai tanti infermieri che in queste ore con spirito di abnegazione e nel rispetto del proprio codice deontologico, continuano a lavorare a testa bassa in deroga a disposizioni contrattuali e normative; gli altri guando non lavorano leggono e traducono tutto quello che è disponibile nella letteratura scientifica; raccolgono la loro casistica e la condividono con tutti i mezzi possibili, con gli altri colleghi in tutta Italia, che ancora non conoscono le manifestazioni cliniche della nuova malattia, oscura a loro stessi fino a poche settimane fa..."perché il metodo scientifico e la conoscenza sono le uniche armi che i decisori politici non potranno mai toglierci e con quelle combatteremo questa battaglia, anche gettando la stampella contro il nemico, se necessario".



# #MFDICOPFRCOVID#

DOTT. ALBERTO VIANELLO MEDICO OSPEDALIERO

#medicipercovid, questo il bando pubblicato dal Dipartimento di protezione civile il 21 marzo scorso. Un bando per la selezione di 300 medici destinati alle zone rosse. Aperto la mattina, chiuso alle 20. La situazione è di emergenza



nazionale, faccio domanda, vogliono poche informazioni, nessun allegato da inviare. Sarò reclutato? Faccio l'urologo, le candidature inviate sono circa 8000, lo escludo. Sbagliato, mi chiamano il 1º aprile per chiedermi conferma della disponibilità. Prendo tempo per confrontarmi con i colleghi e con l'azienda e verificare che la mia assenza non avrebbe complicato la situazione locale. Posso confermare.

L'8 aprile insieme ad altri 80 colleghi ci troviamo in un albergo di Roma, in una Roma deserta, spettrale. In serata effettuiamo il tampone ed al briefing mi comunicano la destinazione: Aosta; siamo in 6: un urologo, due chirurghi generali, un medico di medicina generale in pensione, un anestesista rianimatore ed un otorinolaringoiatra. Aosta? Sono stupito, non sono aggiornato sulla situazione; faccio una ricognizione online e verifico che la Valle d'Aosta, circa 130 mila abitanti, è la regione con la più alta prevalenza di infezioni da SARS-CoV-2 con 868 casi e 105 decessi.

La mattina dopo l'esercito ci trasferisce alla base dell'Aeronautica Militare di Pratica di Mare e ci imbarcano su un Boeing 767 militare riconfigurabile, destinazione Milano Linate. Con noi volano il Ministro Boccia ed il Capo Dipartimento. il dott. Borrelli.

La Croce Rossa ci porta ad Aosta al nostro alloggio, un albergo nel centro della città messo a gentilmente a diposizione del proprietario per ospitare parte dei volontari. Niente dipendenti, solo due vigili del fuoco h24 a presidiarlo ed a tenere traccia dei nostri movimenti. Ci consegnano due pacchi con generi di prima necessità, qualcosa da mangiare, qualcosa per pulire la camera, lenzuola ed asciugamani, dobbiamo essere autonomi. Ci istruiscono sui pasti: usiamo un link inviatoci in chat per prenotarli, li prepara l'Unione Cuochi della Valle d'Aosta, ci saranno consegnati in albergo, li riscalderemo in un forno a microonde e li dovremo consumare nelle nostre stanze, niente assembramenti.

Il giorno successivo in 4 ci rechiamo in ospedale per incontrare la dott.ssa Marina Schena, primario dell'oncologia medica del più grande ospedale di Aosta, quello dedicato al dott. Umberto Parini. Oncologa? Sì perché al nostro arrivo ad Aosta (33.925 abitanti) tutta l'attività elettiva era stata sospesa. L'organizzazione quindi prevedeva che il Parini (295 posti letto) fosse dedicato agli acuti covid, mentre il presidio Beauregard (141 posti letto) fosse dedicato ai pazienti non-covid. Se al Beauregard non sono mancate le difficoltà a filtrare i pazienti, a diagnosticare il contagio ed a contenere la diffusione del virus per rendere l'ospedale a tutti gli effetti covid-free, d'altra parte il Parini era tutto covid. Questo ha richiesto una completa e quanto mai rapida riorganizzazione dei reparti del Parini tanto che tutti i colleghi erano stati coinvolti nell'assistenza, indipendentemente dalla disciplina di specializzazione; ecco perché ho lavorato per 3 settimane avendo come primario un'oncologa.

Marina ci fornisce le credenziali per accedere ai software per l'assistenza, alla casella e-mail aziendale, il badge per timbrare, le divise nominative, le chiavi dello spogliatoio ed i turni. Mentre perfezionavamo il nostro inserimento e venivamo avviati al nostro nuovo lavoro il collega di medicina generale inizia l'assistenza agli anziani in una microcomunità nella periferia di Aosta, ed il collega rianimatore nel reparto specifico, con qualche convenevole in meno.

L'11 aprile arrivo in ospedale un po' prima della 16, non senza aver studiato in dettaglio vestizione e svestizione con l'ausilio di alcuni video preparati dagli infermieri. Sono assegnato al reparto covid 1 (ex-neurologia), reparto ad intensità medio-bassa, come quasi tutti i reparti, ad eccezione del med-covid, di fatto una semintensiva a gestione esclusivamente internistica, dove erano ricoverati i pazienti con ventilazione esterna, e la rianimazione, che nel momento di picco aveva circa 30 pazienti. Mi vesto quindi, i DPI non mancano di certo, ed inizio il mio primo turno, che come altri dei successivi, si svolge casualmente in affiancamento ad un altro collega urologo del posto. Urologo perché, come accennato sopra, anche qui tutti hanno dovuto dare una mano per assistere i pazienti colpiti dalla pandemia e hanno dovuto, ma anche per me è stato necessario e faticoso, ristudiare, se non studiare, alcuni aspetti specifici sulla gestione di questi pazienti. Il reparto non è pieno, riceviamo le consegne dai colleghi del mattino, visitiamo i malati e programmiamo l'attività del giorno dopo, impostando anche qualche dimissione. Pazienti per la maggior parte anziani, ma anche qualche giovane, pochi, e qualche operatore. La prognosi? Variabile perché il criterio quida di assegnazione al nostro reparto era fondamentalmente legato al tipo di ossigenoterapia: fino alla Venturi ok, se necessario un approccio più invasivo il paziente veniva trasferito ad esempio in med-covid. Qualche malato critico, tutti anziani, e qualche telefonata ai familiari per aggiornarli sulle condizioni dei congiunti ricoverati. A mezzanotte esco, frastornato un po' per il trambusto dell'inizio di guesta nuova attività ma anche, se non soprattutto, per la fatica di dover lavorare con i DPI. Rientro in albergo, due chiacchiere con i vigili del fuoco che scannerizzano il badge con il codice a barre, posso andare a riposare.

I giorni a venire sono stati scanditi più o meno dalla stessa routine, non c'erano deroghe rispetto al resto d'Italia, e quindi non mi è stato possibile raggiungere

e visitare nei momenti liberi, che per fortuna ci sono stati, la Francia, la Svizzera, i monti che circondano Aosta, tutto a meno di un'ora di auto, e niente Monte Bianco

Qualche altro turno nel covid 1, poi nel covid 5-6 ed infine nel covid 3-4 fino al 26 pomeriggio. Col passare dei giorni per fortuna il carico di lavoro si è ridotto, essendosi ridotta la pressione da parte del virus sul territorio e la prevenzione del contagio cominciava a dare risultati. Molti malati guarivano e quindi sono stati modificati i percorsi ospedalieri dei pazienti ed alcuni reparti sono stati convertiti da covid a sospetti-covid tra cui il primo è stato proprio il mio covid 5-6. Il 27 mattina abbiamo effettuato il tampone di controllo ed il 28 siamo stati portati dalla protezione civile a Milano Centrale per fare rientro in treno ai nostri domicili. Questa la mia esperienza con medicipercovid. Spero di aver contribuito in qualche modo ad alleggerire il carico di lavoro dei colleghi valdostani particolarmente provati da questa pandemia; li ringrazio per la disponibilità a coinvolgermi e per la pazienza nell'istruirmi; e ringrazio infine la protezione civile, mirabile esempio di organizzazione e solidarietà.



# UN ALTRO MEDICO OSPEDALIERO **ED IL CORONAVIRUS**

DOTT.SSA VERENA DE ANGELIS MEDICO OSPEDALIERO

"Medicus curat, natura sanat" COVID19 ha cambiato il mio lavoro. Almeno per ora.

La storia ci racconta che prima dell'epidemia di SARS-CoV-2-19, almeno altre 13 pandemie hanno tormentato il genere



umano negli ultimi 3000 anni. Sono un medico della vecchia generazione ma non così vecchia da aver vissuto pandemie in prima persona. Non riesco però ad aver paura del Coronavirus, solo un sano timore per non abbassare la guardia. Perché? Forse perché in questo periodo di emergenza, mentre alcuni dei reparti dell'ospedale in cui lavoro sono stati trasformati in reparti COVID, io continuo a lavorare come specialista nel mio reparto di appartenenza.

Sono aumentati i turni di guardia per dare sollievo ai colleghi più esposti ma ... i nostri pazienti in ambulatorio sono in parte diminuiti, come indicato dai vari DPCM, infatti, sono state mantenute solo le terapie e le visite non procrastinabili. È importante precisare che nonostante il numero dei pazienti sia diminuito, non vale lo stesso per il nostro lavoro che è stato declinato in altro modo. Il rinvio delle visite di follow-up è stato affiancato all'attivazione di percorsi di follow-up via mail e/o telefonici che ci consentono di contattare e valutare alcuni pazienti a distanza. Come tutti i medici abbiamo patito i noti ritardi nella distribuzione dei DPI e come tanti altri sanitari abbiamo un rischio maggiore di contrarre l'infezione in oggetto. Tutti i reparti coinvolti, però, già prima dell'emergenza operavano al massimo delle loro possibilità, con ricoveri in appoggio ogni giorno, con personale sottodimensionato e con richieste di pazienti sempre più esigenti e amministratori sempre più fiscali. Siamo abituati a vivere e gestire situazioni complicate. Il virus SARS CoV-2 quando colonizza il paziente riesce in alcuni casi a farlo morire scompaginando le regole dell'immunità e il repertorio di farmaci che abbiamo a disposizione è rappresentato ancora da armi spuntate: ci sentiamo impotenti ed è questo che spaventa i clinici. Seguo pazienti 'fragili' che hanno viva apprensione per la loro malattia e per l'esito delle terapie. Questo sentimento è ora amplificato dalle notizie quotidiane sui dati di nuova incidenza e mortalità e dal fatto che il Coronavirus è più letale in condizione di immunosoppressione. Loro sì che hanno paura!

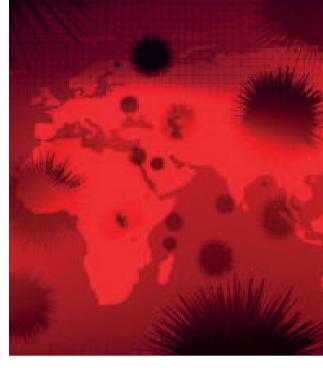
Sequire il paziente per me significa anzitutto visitarlo: il paziente che deve affrontare una terapia o il paziente con tosse, dispnea o qualunque altro sintomo merita di essere visitato e quando si presenta in ambulatorio (e si presenta!) non è stato previamente sottoposto al tampone per Sars-Cov2, ma solo a un breve questionario 'triage' in entrata. Mascherina lui, meglio se chirurgica. Mascherina io, meglio se FFP2/3 (da usare con parsimonia e temporizzata). Guanti, che in passato usavo di rado, avendo l'abitudine quasi maniacale di lavarmi di le mani, mi consentono di effettuare la visita toccando il paziente ma riducendo l'esposizione al pericolo. E poi parole, racconti e squardi che sorridono o da cui trapelano timori. Sono invece bandite le strette di mano, che nella normalità delle cose sono estremamente utili per stabilire un contatto 'terapeutico'. Quasi ogni paziente arriva impaurito e solo, senza il conforto di un familiare come prescritto dal nuovo regolamento aziendale per ridurre il rischio contagio. Da qui l'importanza dell'accoglienza che si traduce, o perlomeno spero, in serenità per il paziente. È cambiato anche il rapporto con i colleghi. Sotto le divise colorate e le mascherine professionisti preoccupati per i loro pazienti e non solo. Ci si saluta tutti ma non si riconosce sempre l'altrui sorriso. La maggior parte delle conversazioni verte su CO-VID19, sugli articoli letti, sugli ultimi numeri del bollettino giornaliero, sulle difficoltà nella gestione clinica e sulle inadempienze dei vertici. Ci sentiamo tutti "commissari tecnici" e ipotizziamo soluzioni alternative che avremmo adottato se fossimo stati al posto loro. Ciò che mi preoccupa però è che sembra guasi non esistano più patologie NON COVID. Non è così! Mentre nei reparti dedicati alla cura di questo nuovo nemico si lavora in fibrillazione, coloro che soffrono di patologie altrettanto gravi, ma che esulano dall'attuale emergenza, potrebbero essere vittima di ritardi diagnostici o, ancor peggio, essere impossibilitati a ricevere le cure necessarie nei tempi adequati. Occorre allora ripensare le modalità di azione nel presente, per non dover piangere in futuro coloro che, pur non avendo mai incontrato il coronavirus, ne potrebbero diventare le vittime. Siamo ormai abituati al confronto multidisciplinare ma in questo periodo non possiamo "assembrarci" per discutere la migliore strategia per il nostro paziente fragile. Ci vediamo diversamente, ci parliamo a distanza di sicurezza, qualcuno si scosta se provi ad avvicinarti, alcuni presentano momenti di scoramento, pensando alla famiglia: colleghi, dottoresse ed infermiere con figli piccoli o familiari anziani che temono di poter trasmettere il tanto temuto virus proprio tra le mura domestiche. Tuttavia, al lavoro riaffiorano anche gli ideali che hanno spinto in origine ognuno di noi a scegliere questa professione di aiuto, e nessuno o quasi si tira indietro. Ippocrate nel testo originale del giuramento scrive "In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati". Nella versione moderna dello stesso giuramento è riportato tra gli impegni quello "di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità". Essere solidali secondo me e secondo tanti è l'unica strada per vincere questa inedita sfida.

Una paura in realtà ce l'ho. In questi giorni tutto sembra ovattato, surreale, ho la sensazione di vivere e lavorare all'interno di una grande bolla ma finita l'emergenza come faremo a recuperare tutte le visite e gli appuntamenti annullati? Come faremo a far mantenere il distanziamento fisico tra i fragili nelle sale d'attesa? Come riusciremo a contenere le loro lamentele per i ritardi e le attese? La mia paura è nella gestione del dopo Coronavirus e spero proprio che qualcuno si ricordi di noi, delle difficoltà che ancora, forse più di prima, incontreremo nelle sfide di ogni giorno, spesso più letali del COVID19 ma a cui oggi sembriamo assuefatti e rassegnati.

# COVID-19: UNA PANDEMIA ATTESA

PROF. FAUSTO SANTEUSANIO GIÀ DOCENTE DI ENDOCRINOLOGIA UNIVERSITÀ DI PERUGIA

In questo periodo, come la maggior parte di noi, sono costretto a rimanere in casa e seguo la pandemia di covid-19 in un'atmosfera abbastanza surreale. Ci siamo ormai abituati in attesa che, sia pure lentamente, si vada verso la



normalizzazione della nostra vita quotidiana. L'andamento della pandemia da coronavirus in Umbria è certamente migliore che in altre regioni italiane e questo ci conforta: la nostra è una piccola regione in cui esiste una buona organizzazione nel lavoro dei sanitari sia in ospedale che nel territorio e credo siano stati attuati interventi tempestivi da parte delle istituzioni.

Vorrei comunque proporre alcune riflessioni sulla genesi di questa malattia che ci ha colto di sorpresa per l'entità e la rapidità della diffusione e per i danni che sta provocando. Eravamo rassicurati dalle nostre certezze e dalle nostre conoscenze sia tecnologiche che scientifiche e ci sentivamo protetti da nuove pandemie dopo quelle note del passato. In realtà nel periodo 2002-2003 venne individuata la SARS-cov-1 (Covid-1) da coronavirus, ad Hanoi in Vietnam, dal medico e ricercatore della OMS, marchigiano, dott. Carlo Urbani, La SARS-cov-2 (Covid-19) manifestatasi e riconosciuta alla fine del 2019, è molto simile a quella precedente sia per la natura dell'agente patogeno, un coronavirus, sia per le caratteristiche e la gravità del quadro clinico. La tempestiva individuazione e segnalazione del dott. Urbani fu essenziale nel 2002 per circoscrivere la diffusione della malattia nel sud-est asiatico, dove comunque si ebbero 744 decessi. Lo stesso dott. Urbani ne rimase vittima e morì da eroe all'età di soli 46 anni, salvando tante altre vite umane, ma pagando a caro prezzo la straordinaria dedizione alla scienza e alla clinica. Ho fatto questa premessa perché la pandemia attuale forse avrebbe potuto essere bloccata al suo esordio. La SARS-cov-1 infatti avrebbe dovuto farci riflettere sui rischi di epidemie da coronavirus a sviluppo nell'area del sud-est asiatico. I programmi per l'allestimento di vaccini vennero allora considerati e poi dimenticati. E adesso siamo stati colti del tutto impreparati.

Ma al di là di un intervento preventivo non realizzato in tempo, dobbiamo anche chiederci: quale ruolo potrebbe aver avuto l'uomo con i suoi comportamenti errati nello sviluppo e nella diffusione di una patologia così devastante come il Covid-19?

Le conoscenze scientifiche più accreditate ci dicono che epidemie virali degli ultimi decenni (HIV, Ebola, SARS, MERS, influenza aviaria e suina) si sono manifestate per un passaggio di virus dall'animale all'uomo, divenendo patogeni e determinando la diffusione della malattia da uomo a uomo. Questa ipotesi appare confermata per la SARS-cov-1 (2002) e SARS-cov-2 (2019), poiché lo studio delle sequenze genetiche di RNA dei coronavirus identificati in queste due epidemie dimostra una stretta somiglianza con coronavirus presenti in pipistrelli e in alcuni animali venduti nei mercati di aree della Cina meridionale: l'uomo assai probabilmente ne è stato contagiato per questa via, divenendo egli stesso ospite per il virus, cosicché il contagio si è poi facilmente diffuso da uomo a uomo con particolare virulenza per una serie di fattori facilitanti.

Alcuni ricercatori ritengono che la distruzione della biodiversità naturale negli ultimi decenni nel nostro pianeta sia una delle cause dell'attuale pandemia e che se non si prendono provvedimenti fin d'ora se ne avranno altre della stessa portata. Per lo sfruttamento del suolo in atto da tempo distruggiamo habitat naturali, quali foreste tropicali e paesaggi selvatici in cui esistono tante specie di animali e di vegetali in equilibrio con infinità di microrganismi compresi i virus. Distruggendo questi luoghi, vengono perdute o allontanate tante specie animali con i virus ed altri microrganismi loro ospiti naturali. Il disboscamento e la cattura di animali selvatici rimuovono le barriere naturali e favoriscono il contagio. Dai loro territori naturali si determina infatti una fuga verso zone urbane di animali selvatici, che vengono così a contato con l'uomo. Sappiamo inoltre che in alcune aree del mondo, in particolare nel sud della Cina, gli animali selvatici vengono macellati all'aperto, nei cosiddetti "wetmarket", con spargimento di sangue e di altri liquidi organici, che rappresentano buoni veicoli di trasmissione da specie a specie di agenti infettivi, in condizioni igieniche già pessime. L'utilizzo di gueste carni disponibili a buon mercato viene fatto soprattutto da popolazioni povere che si adattano a cibi non convenzionali per il loro basso costo. Il passaggio di un microrganismo da un animale all'uomo può renderlo patogeno, capace cioè di infettare l'ospite umano, riprodursi e trasmettersi all'interno della specie umana. Questo è quello che sembra sia successo per il coronavirus responsabile di covid-19. E' possibile che il virus diventi patogeno in seguito a mutazioni genetiche. Il virus mutando può acquisire infatti nuove capacità tra cui quella di produrre nuove proteine del capside (involucro che racchiude e protegge la struttura genetica del virus, RNA o DNA), in grado di riconoscere cellule umane, penetrare in esse dopo essersi legate a recettori specifici e replicarsi all'infinito. I coronavirus, dotati di un corredo genetico RNA, hanno una capacità di mutazione maggiore proprio per la loro struttura semplice e quindi possono più facilmente infettare le cellule umane. Questo salto dall'animale all'uomo, detto anche "spillover", avviene dopo contatto tra uomo e animale portatore del patogeno originale. Possono essere necessari vari tentativi di salto da parte dei ceppi che mutano casualmente. Quindi più prolungata e ravvicinata è l'esposizione animale-uomo, maggiore è la probabilità che un virus muti in un ceppo nuovo in grado di infettare l'uomo. Si comprende allora che una pandemia come quella che stiamo vivendo potrebbe essere favorita da un danno dell'ecosistema prodotto dall'uomo

in una situazione socio-economica globalizzata, che ha portato allo sviluppo di città sovrappopolate, con aree periferiche (pensiamo alle baraccopoli) affollate da popolazioni povere che vivono in condizioni igieniche pessime. Le più gravi epidemie degli ultimi anni sono originate in questo contesto, prevalentemente dall'Asia, dall'Africa dal Sud America ed hanno avuto la modalità di trasmissione da animale a uomo, come ho già ricordato.

Questa situazione da anni viene denunciata dalle principali organizzazioni mondiali di sanità pubblica come l' OMS e da vari scienziati. Vorrei ricordare la denuncia che ci viene anche da Papa Francesco con l'enciclica Laudato sì del 2015, che mette in quardia dai rischi della perdita di biodiversità consequente allo sfruttamento incontrollato di grandi foreste per interessi economici: "Le risorse della terra vengono depredate a causa di modi di intendere l'economia e l'attività commerciale e produttiva troppo legati al risultato immediato". Ed ancora: "per il buon funzionamento degli ecosistemi sono necessari anche i funghi, le alghe... e l'innumerevole varietà di microrganismi". Ha fatto infine scalpore la denuncia di David Quammen, scrittore americano e divulgatore scientifico, che nel suo libro "Spillover" del 2012 prevede "una pandemia catastrofica, da virus, in una foresta fluviale o in un mercato cittadino della Cina meridionale". Ecco una sua dichiarazione: "invadiamo foreste tropicali e paesaggi selvatici, che ospitano così tante specie di animali e piante, e all'interno di quelle creature, così tanti virus sconosciuti: tagliamo gli alberi, uccidiamo gli animali o li mettiamo in gabbia e li mandiamo ai mercati. Distruggiamo gli ecosistemi e liberiamo i virus dai loro ospiti naturali. Quando ciò accade, questi virus hanno bisogno di un nuovo ospite. Spesso quell'ospite è l'uomo".

Ci si chiede anche perché dopo la SARS-1, individuata nel 2002, non sia stato allestito un vaccino. Un prototipo di vaccino infatti era già pronto ed ora avrebbe potuto essere adattato per l'attuale pandemia. Auguriamoci che l'esperienza di questi mesi e le voci autorevoli delle massime istituzioni mondiali e di autorevoli scienziati vengano ascoltate dai governanti di tutto il mondo e che si trovi un accordo per politiche comuni che abbiano come obiettivo il rispetto del nostro pianeta e il richiamo a comportamenti corretti dei singoli cittadini. L'equilibrio degli ecosistemi viene raggiunto lentamente con adattamenti naturali nel corso di secoli, ma può essere rotto in breve tempo dall'intervento sciagurato dell'uomo.

# Letture suggerite

D.M. Morens et al. Escaping Pandora's Box . Another novel Coronavirus. N.Engl.J.Med March 2019 (NEJM-org)
David Quammen. Spillover. Adelphi Edizioni, 2014

I SOCIAL MEDIA PER LA COMUNICAZIONE SANITARIA: DALL'EMERGENZA CORONAVIRUS ALL'EDUCAZIONE ONLINE DEL PAZIENTE NEFROLOGICO.

DOTT.SSA MARIA RINALDI MILIANI SOCIAL MEDIA MANAGER

## Introduzione

Lo scorso anno è stato celebrato il cinquantesimo anniversario del primo scambio di dati della storia effettuato sulla rete *Arpanet*, l'antenata di ciò che oggi viene comunemente denominato *Internet* o *World Wide Web* (www).



Quell'innovativo collegamento a distanza fra l'Università UCLA di Los Angeles ed il Research Institute di Stanford ha modificato irrimediabilmente il destino e lo sviluppo delle comunicazioni a distanza.

Oggi, gli utenti di Internet crescono di 1 milione, in media, ogni giorno, con una produzione di dati equivalente a 212.765.957 DVD ogni 24 ore.

Questo cambiamento del mondo della comunicazione sta avvenendo soprattutto grazie ai Social Media.

#### Uso dei Social Media: i dati 2018-2019.

Secondo il *Global Digital Report 2019* () attualmente vi sono 4,39 miliardi di utenti internet nel mondo: di questi 3,48 miliardi hanno almeno un account all'interno di una piattaforma Social.

La penisola italiana è un terreno estremamente fertile per i Social Media, difatti più della metà della popolazione risulta già attiva in almeno una piattaforma per un totale di 59,25 milioni di utenti.

Con una così capillare diffusione di questi nuovi mezzi di comunicazione di massa, molto differenti nelle modalità di fruizione dei contenuti rispetto ai media tradizionali, non è possibile pensare che anche la comunicazione della scienza e della salute non sia stata intaccata da cambiamenti profondi.

Alcune ricerche recenti effettuate in Italia mostrano che la diffusione dei Social Media per la comunicazione in ambito medico-scientifico si sta diffondendo sempre più rapidamente, nonostante siano ancora presenti alcune resistenze legate principalmente alla tutela della privacy e della correttezza del dato scientifico.

# Social Media e settore sanitario: a che punto siamo in Italia?

L'interesse per l'applicazione dei nuovi strumenti digitali al settore sanitario non

è recente né nuovo.

Già nel 1999 nacque una terminologia apposita per definire l'utilizzo della rete e delle nuove tecnologie in ambito medico: *e-health*.

Anche i Social Media utilizzati per la diffusione di dati e informazioni medicoscientifiche, fanno quindi parte a pieno titolo degli strumenti di *e-health*.

Se in paesi come gli Stati Uniti l'utilizzo di questi mezzi per la promozione della salute è già più diffuso e capillare, forse perché affidato principalmente all'iniziativa privata, in Italia solo da pochi anni si comincia a parlare in maniera organica e strutturata dell'argomento e di un suo possibile sfruttamento massivo.

Nel 2015 l'ATLAS e-Health country profiles, dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization - WHO)(1), ha analizzato molto dettagliatamente questo aspetto in un ampio campione rappresentativo della popolazione italiana.

Secondo tale report, nel 2015, una media del 79% dei cittadini italiani utilizzava i Social Media per ricercare e apprendere informazioni sulla salute. Il 62% li consultava per conoscere informazioni dettagliate sull'attività pregressa di medici, altri professionisti del settore sanitario e servizi annessi, mentre il 59% li sfruttava per partecipare attivamente a forum e community online sulla salute e il benessere.

Analizzando l'uso strategico dei Social Media da parte delle istituzioni ed organizzazioni sanitarie nazionali (pubbliche e fondazioni) emergono dati positivi ma anche alcuni elementi di inadeguatezza.

Il 78% delle organizzazioni partecipanti allo studio utilizzava la rete per diffondere messaggi divulgativi per la promozione della salute e la prevenzione, il 72% per fare annunci generici di tipo amministrativo, il 56% per avere maggiori informazioni sul grado di soddisfazione dei pazienti e utenti del servizio sanitario.

Ciò che risulta carente è lo sfruttamento dei Network online da parte delle organizzazioni per l'aiuto al paziente nella gestione quotidiana della malattia.

Solo il 24% partecipanti dei partecipanti alla *Global Survey on e-Health*, studio alla base dell'*Atlas e-health country profiles 2015*, dichiarava di utilizzarli per questo scopo.

A 4 anni dal report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sopra citato la situazione è parzialmente cambiata, anche se ci sono ulteriori margini di miglioramento, soprattutto per quanto riguarda i servizi pubblici.

Secondo la tredicesima edizione dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano "Fra i cittadini che non soffrono di malattie croniche o problemi di salute di lunga durata, oltre un terzo cerca sul web informazioni generiche sulla salute, come malattie, sintomi e cure (38%) e su corretti stili di vita e alimentazione (37%), il 15% si informa sui vaccini (il 25% fra le donne 25-44enni). Queste percentuali si riducono all'aumentare dell'età del campione, ma anche fra gli over 65 più di uno su quattro (27%) cerca informazioni online. I canali più utilizzati dai cittadini sani sono i siti web istituzionali (52%), seguiti dai portali dedicati alla medicina e alla salute (30% in media), mentre App, blog e Social Network sono ritenuti oggi meno affidabili e sono usati prevalentemente per informarsi sui corretti stili di vita e sull'alimentazione

[23%]"[2].

L'utente medio inizia a selezionare le informazioni e identificare in parte quelle scientificamente rilevanti, ove possibile, ma non solo, anche i medici si affidano sempre di più alla rete per comunicare con altri professionisti ed i pazienti. La mail è il canale più usato (81% del campione di medici analizzato), seguita da whatsapp (57%).

A sfruttare maggiormente i Social Media per la comunicazione medico-paziente sono certamente i giovani medici italiani, come mostra un'altra ricerca *Havas Life-Ipsos* del 2018 la quale prende in esame un campione di 152 professionisti con un'età media di 31 anni.

Tra questi, solo il 7% ha dichiarato di non utilizzare i Social Media. Facebook è risultato essere il Social Network più utilizzato (84%).

Se la nuova generazione di medici giovani apprezza le potenzialità della rete, più problematico è invece il rapporto delle istituzioni sanitarie con i Social Media; le Aziende Sanitarie Locali italiane difatti sono tutt'oogi caute nello sfruttamento di questi mezzi comunicativi:

Nonostante sia possibile individuare delle forti potenzialità nell'uso dei Social Media per la diffusione di informazioni sanitarie esistono ancora dei problemi rilevanti che impediscono a questo nuovo paradigma informativo di diffondersi anche in situazioni non legate a particolari emergenze.

Questi problemi sono:

- la enorme frammentazione di canali dedicati alla salute;
- 2. la scarsa diffusione dell'uso istituzionale in ambito medico dei Social Media (se non in occasioni di emergenza);
- 3. la mancanza di linee guida.

Non sarebbe esatto dire che nel panorama italiano non esistono portali dedicati all'educazione alla salute ben fatti e scientificamente accurati. Da citare sono certamente:

- https://www.issalute.it/: ISSalute è un portale innovativo realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e nasce per offrire ai cittadini, con un linguaggio semplice e comprensibile a tutti, indipendentemente dal grado di istruzione e competenza nelle materie tecnico-scientifiche, informazioni aggiornate, indipendenti e certificate sugli stili di vita, sull'alimentazione, sull'ambiente, sulle malattie, sui disturbi che queste provocano, sulle cause che le determinano e sulle cure disponibili.
- <u>https://dottoremaeveroche.it/</u>: Dottoremaeveroche nasce con lo scopo di offrire alla popolazione un'informazione accessibile, scientificamente solida e sempre trasparente.

Fornisce anche a medici e professionisti di settore strumenti comunicativi nuovi, in linea con i tempi, così da attualizzare lo scambio di dubbi e risposte, alla base del rapporto tra medico e paziente.

L'informazione generata all'interno del portale e dei relativi canali Social, è seria, solida e trasparente, corredata da tutti i dovuti riferimenti bibliografici e al tempo stesso resa immediata e accessibile a tutti gli utenti

grazie alla collaborazione di persone che lavorano da anni nella divulgazione scientifica.

- <a href="https://choosingwiselyitaly.org/">https://choosingwiselyitaly.org/</a>: Il progetto "FARE DI PIÙ NON SI-GNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY", promosso da Slow Medicine in analogia a choosing wisely USA, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise.

Di fatto però il panorama italiano è ancora frammentato e necessita certamente di provvedimenti capaci di implementare l'utilizzo profiquo dei Social Media in ambito medico ed allo stesso tempo regolamentarne lo sfruttamento così da evitare la diffusione di informazioni scientificamente non verificate.

Il pericolo della diffusione di *Fake News* è in effetti aumentato all'interno dei così detti gruppi di pazienti, che tuttavia non devono in alcun modo essere demonizzati.

# Gruppi Facebook, Forum, Network di pazienti

I Forum e alcuni Social Network, Facebook in primis, sono diventati strumenti principe per la costruzione di comunità di supporto ed aiuto reciproco.

Molto famoso negli Stati Uniti è il sito <a href="https://www.patientslikeme.com/">https://www.patientslikeme.com/</a>, una community online nata nel 2004 pensata per migliorare la qualità di vita delle persone alle quali è stata diagnosticata una patologia "Life Changing".

Gli autori dei contenuti del portale sono i pazienti, secondo l'ottica degli user generated contents, cioè i contenuti generati dagli utenti.

Iscrivendosi al portale le persone possono condividere le proprie esperienze ed emozioni, lato della malattia spesso trascurato rispetto ad altri aspetti della terapia, riducendo lo stress legato al senso di solitudine ed impotenza che spesso una patologia cronica comporta.

Possono anche sottoporre la propria situazione a medici iscritti alla community, così da ottenere il parere di personale qualificato.

Ciò che accade è che i dati sanitari vengono rilasciati dagli utenti in maniera consensuale, in cambio di un supporto emotivo ed anche tecnico che altrove probabilmente non riuscirebbero a trovare.

La tutela del dato sensibile è un problema non di poco conto in questo ambito, che si affianca anche alla verifica dell'affidabilità scientifica delle informazioni e soluzioni fornite al paziente dai medici o presunti tali presenti all'interno del network "pazientslikeme".

Patienslikeme ha risolto, parzialemente, il problema, in accordo con le norme vigenti negli USA, differenti rispetto a quelle italiane, attraverso policy interne ed esterne, che disciplinano le attività della community e tutelano i dati sanitari degli utenti, così che ne venga fatto un utilizzo etico.

Una piattaforma simile del panorama web italiano è <a href="https://www.medicitalia.it/">https://www.medicitalia.it/</a>. Oltre ad ospitare una community molto attiva, nel portale è presente un blog, con news dedicate sia ai pazienti che a professionisti del settore sanitario ed un'area consulenza online.

E' interessante osservare come in questo sito italiano sia stata gestita la problematica della privacy.

MediciItalia ha delle proprie linee guida che educano i partecipanti al proprio network all'uso consapevole della consulenza medica online.

Tali linee invitano i pazienti a proteggere la propria privacy non inserendo nome e cognome proprio, né quello di parenti e amici o medici e strutture sanitarie di interesse. I pazienti vengono invitati a "non inserire richieste di consulto generiche tese solamente a soddisfare curiosità mediche o a ricevere informazioni su argomenti generalisti o di prodotti commerciali" o a non utilizzare il servizio per pigrizia nel rivolgertsi al proprio medico.

Inoltre viene regolamentata anche la consulenza del professionista online che ad esempio è invitato a "Rammentare sempre i limiti impliciti di un parere fornito a distanza senza la visita diretta del paziente" o a "Mantenere una condotta all'insegna della correttezza etica ed aderente al codice deontologico".

Una gestione strutturata delle comunità di pazienti online, o dei Social Media in generale, permetterebbe di accedere, in totale conformità con le leggi nazionali, a dati aggregati di tipo sanitario estremamente interessanti per la ricerca medica.

Nilofer Merchant, CEO e fondatrice di *Rubicon Consulting* e collaboratrice di grandissimi nomi nel mercato della tecnologia moderna (*Apple, Autodesk*), in un suo articolo dal titolo *Let your ideas go*, scritto per *Harvard Business Review*, afferma dopo una lunga argomentazione:

"when patients share real-world data, collaboration on a global scale becomes possible. New treatments become possible. Most importantly, change becomes possible".

Uno scenario di questo tipo può spaventare e certamente può essere realizzato solo con una grande organizzazione che allo stesso tempo preveda una certa libertà di espressione per il medico ed il paziente, e garantisca la sicurezza e l'anonimità necessarie per la buona riuscita della cura.

Un altro elemento va considerato. Come afferma Eugenio Santoro: "L'innovazione digitale è entrata nella vita dei pazienti ed è destinata a rimanervi, cambiando radicalmente la gestione della malattia e il rapporto medico paziente.

E' il caso dei pazienti oncologici". Continua Santoro:

"1 paziente oncologico su 3 utilizza almeno un'app dedicata alla salute, 7 pazienti su 10 le ritengono strumenti utili per capire il proprio stato di salute e migliorare l'aderenza al trattamento, 6 su 10 utilizzano strumenti avanzati di comunicazione nel rapporto con il medico (WhatsApp e mail in testa). Internet è un punto di riferimento per 3 malati su 4, Google è lo strumento più

utilizzato per la ricerca di informazioni ma sono poi i siti web istituzionali e le online communities a riscuotere maggior affidabilità. Molto meno credito [nella decisione e valutazione finale] hanno Social Network e YouTube".

Cio' dimostra chiaramente che i pazienti sono già pronti ad usare internet e il così detto *Dr. Google*, ma che il passaggio cruciale debba essere la presenza online di siti istituzionali e comunità di pazienti regolamentate e credibili dal punto di vista scientifico.

Purtroppo i medici non sembrano governare questo fenomeno: appena il 5% dei pazienti ha ricevuto dal proprio oncologo un consiglio su dove approfondire tematiche legate alla propria salute e il 3% suggerimenti sulle app.

# Social Media e nefrologia: il caso della Fondazione Italiana del Rene

Chi scrive ha avuto la possibilità di testare le nuove forme di comunicazioni illustrate fino ad ora in ambito nefrologico.

Fondazione Italiana del Rene ha scelto di utilizzare un sito web di proprietà e canali Facebook ed Instagram ufficiali associati per comunicare meglio con i propri pazienti ed ascoltarene dubbi e problematiche, effettuando anche un tipo di attività che viene denominata *Social Listening*.

L'esperienza di Fondazione Italiana del Rene ha dimostrato che è possibile governare in modo equilibrato e democratico una community costituita da pazienti e medici, nella quale entrambi possono esprimersi secondo le proprie esigenze. Ciò può avvenire solo se la comunicazione prevede una presenza quotidiana online, la diffusione di notizie utili e scientificamente attendibili, esposte con un linguaggio semplice e conciso ed in una veste grafica accattivante.

Con infografiche e video si ottengono buoni risultati nell'incuriosire ed informare correttamente il paziente.

Dal rilancio della pagina Facebook ufficiale di Fondazione Italiana del Rene infatti si è avuto un incremento dei followers dai 1939 del Maggio 2017 ai 4824 del Marzo 2020.

Al Marzo 2020 la copertura organiza media di ogni contenuto è arrivata a 2468 visualizzazioni per post, tutte ottenute senza nessuna attività di Facebook Advertising (pubblicità a pagamento).

All'interno del sito web <a href="https://www.fondazioneitalianadelrene.org/">https://www.fondazioneitalianadelrene.org/</a>, è stata testata un'attività di blogging eseguita da professionisti del settore nefrologico, nutrizionale e da infermieri, con l'assistenza di un SEO copywriter addetto all'adattamento dei contenuti agli standard delle ricerche online.

Il rinnovamento della veste grafica del sito web e la scrittura di articoli utili ai pazienti ha aumentato l'accesso al portale ed alle informazioni scientifiche dalle 1567 visite mensili (Maggio 2017) alle13769 visite mensili nel Dicembre 2019.

L'aumento delle interazioni è il dato più rilevante dell'analisi dei risultati ottenuti attraverso una nuova strategia di Management dei Social Media.

Nel tempo, soprattutto all'interno dei canali Instagram e Facebook, i pazienti hanno cominciato a fidarsi di più e ad aprirsi, semplicemente comprendendo che dietro la pagina ed il sito web erano presenti persone competenti e rispettose anche dei dubbi apparentemente più semplici.

La community è ormai attiva ed i pazienti fanno domande e si rispondo vicendevolmente. Attualmente non è ancora stato necessario adottare una policy Facebook, cioè un documento di regolamentazione delle attività dei followers all'interno della pagina.

Naturalmente ciò è stato possibile solo grazie ad una costante vigilanza e presenza, messe in campo per intercettare eventuali notizie false e necessità latenti del pubblico.

La creazione di contenuti divulgativi richiede una scrupolosa programmazione e la collaborazione fra esperti della comunicazione online e professionisti dell'ambito sanitario che si dedichino alla correzione tecnico-scientifica dei testi e dei contenuti, così da garantire un'adeguata accuratezza anche ai materiali più semplici.

La chiave per la riuscita di una strategia di divulgazione scientifica risiede proprio in questa collaborazione e nella comprensione di un dato di fatto: la comunicazione digitale richiede tempo e figure professionali dedicate unicamente al controllo, gestione e progettazione delle così dette *Social Media Strategies* e *Digital Strategies*.

Purtroppo, ad oggi ancora accade che siano gli uffici URP, in tempi ristretti e senza preparazione adeguata ,ad occuparsi della comunicazione via web istituzionale.

Il primo passo quindi per l'uso professionale dei Social Media per la salute è la comprensione del fatto che tale compito debba essere affidato ad esperti e che tali professionisti vadano pagati se si vuole dare realmente una risposta adeguata alle esigenze degli utenti del web, che come già è stato detto, ricercano comunque risposta ai propri dubbi sulla salute online, che lo si approvi o no.

Realmente è desiderio delle istituzioni lasciare che in Italia sia il sito <a href="https://www.my-personaltrainer.it/">https://www.my-personaltrainer.it/</a> ad essere leader della SERP (i risultati di ricerca di Google) per tematiche quali uso dei farmaci, alimentazione, nutrizione terapeutica, prevenzione, diagnosi, cura? Nonostante la competenza e professionalità dei manager e copywriter alle spalle di tale sito web, è veramente cauto lasciare solo nelle mani di privati un compito così complesso e delicato come quello dell'informazione scientifica?

Oltre ai dati relativi ai canali Social ufficiali di Fondazione Italiana del rene è interessante esporre un ulteriore attività strategica attuata dal team di FIR, all'interno dei gruppi di pazienti.

Essere presenti come Fondazione Italiana del Rene e come medici, quando possibile, all'interno di gruppi Facebook e Forum dedicati alla malattia nefrologica a vari livelli, è un'attività utilissima ad intercettare falsi miti alla radice, fornendo immediatamente aiuto e supporto lì dove nascono dubbi e fantasiose teorie scientifiche prive di qualsiasi fondamento. E' ovvio che anche in questo caso si debba essere abbastanza presenti, rispondere educatamente, non trattare mai nessuno come ignorante. E' opportuno essere gentili ed accoscindenti utilizzan-

do autorevolezza più che autorità.

Il Manifesto della Comunicazione Non Ostile di <a href="https://paroleostili.it/">https://paroleostili.it/</a> può essere un utile guida per chi desidera apprendere molto facilmente come comunicare con il prossimo, il paziente in primis, in canali mediatici dove le regole della socialità cambiano notevolmente.

Può sembrare un impegno di misure mastodontiche (e perciò è auspicabile l'impiego di professionisti dedicati unicamente a tale attività) ma è realmente l'unico modo per dare un servizio adeguato ai tempi ed alle necessità del paziente come è oggi.

E' ovvio che il proliferare di siti realizzati da singoli medici, spesso per motivi più commerciali che etici, ognuno con le sue idee e con i suoi consigli, spiazzi i pazienti e gli utenti.

Tra l'altro, il rilancio di post di quel medico o dell'altro moltiplica a dismisura le fonti di informazione che sempre di più appaiono contrastanti l'una con l'altra.

Sarebbe bello, anche se per ora fortemente utopico, avere a disposizione grandi portali istituzionali al cui interno ogni professionista sanitario possa avere il suo account, dare i suoi messaggi e dire la sua, con moderatori in grado di omogeneizzare le risposte e renderle comprensibili.

Qualunque, anche infinitamente piccola, differenza viene percepita dal paziente come enormemente diversa. Tale percezione contribuisce ad incrementare la sfiducia verso le istituzioni e le relative indicazioni e consigli.

Il nuovo Coronavirus è un esempio fortemente calzante di questa problematica.

# Hashtag #Coronavirus

L'emergenza sanitaria da Coronavirus ha avuto una grandissima risonanza in tutti i media, televisivi e non.

I Social Media sono stati fra i mezzi di comunicazione più reattivi in questo senso tanto che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito quella del Coronavirus la prima "infodemia" della storia.

La colpa del sovraccarico di informazioni contrastanti, se di colpa si può parlare, non è stata determinata solo dal normale flusso emotivo che sempre di più caratterizza i Social Media.

Una delle problematiche rilevanti è stata l'esistenza di almeno 10-15 siti web, sotto forma di Network, d'informazione istituzionale o semi istituzionale, come il sito dell'Istituto Superiore di Sanità, della protezione civile, del GIMBE, del CDC di Atlanta, oltre a quelle delle varie riviste come JAMA, etc.

Accanto a questi si sono affiancati i medici ed i ricercatori, di varie categorie (virologi, epidemiologi, genetisti, biologi, medici, infettivologi), gli infermieri etc. La stessa comunità scientifica da sola ha fatto emergere una nuova esigenza:

quella di una maggiore organizzazione interna che permetta in situazioni anche meno emergenziali rispetto a quella del Coronavirus di rendere il più possibile coerente ed uniforme l'informazione sanitaria.

Tutto questo ha dimostrato che i Social Media, hanno ormai un impatto educa-

tivo e sanitario importante su tutta l'opinione pubblica e la società in toto e che solo governandoli adeguatamente, ogni minuto ed attraverso l'ausilio di figure lavorative adeguate, sarà possibile ottenere vantaggi dalla comunicazione con il potenziale paziente ed eliminare le incongruenze insite in questi strumenti. Ha detto Antonio Bonaldi Presidente di *Slow Medicine:* 

"Lo straordinario sviluppo dei sistemi di comunicazione ha consentito alle reti sociali un'espansione senza precedenti e tale da influenzare in modo potente ogni ambito della vita. Quella a cui ci troviamo di fronte è la prima vera emergenza sanitaria governata dai social e ci siamo trovati del tutto impreparati a gestirla, nonostante il generoso e encomiabile contributo che medici e personale sanitario hanno profuso e continuano a garantire, per il suo controllo. Su questo dovremo riflettere, ascoltando non solo la voce di illustri virologi, ma anche quella di molti altri ambiti della scienza ugualmente importanti".

La strada per l'uso corretto dei Social in sanità è quindi ancora lunga e irta di difficoltà, soprattutto in Italia, ma è necessario essere consapevoli del fatto che non si possa più tornare indietro.

Non si può più bollare di stupidità e faciloneria i pazienti che ricercano notizie mediche online: negare l'impatto dei Social Media è diventato controproducente ed in un certo qual modo una forma di irrealismo.

L'unica strada è la ricerca e lo studio di nuovi metodi per il loro governo (che non vuol dire censura, ma gestione democratica) ed utilizzo professionale a fini istituzionali.

Purtroppo, per il momento, il mondo sanitario e medico in particolare, non sembra essere pronto a fare questo lungimirante passo nel mondo della comunicazione.

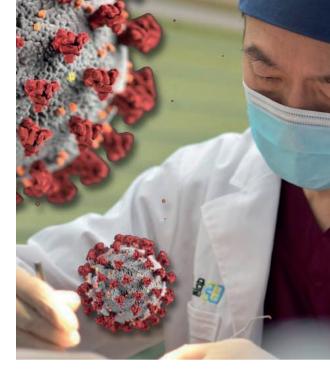
# Note di chiusura

- World Health Organization, 2019 "Atlas E-health country profiles 2015: The use of e-health in support of universal health coverage" <a href="https://www.who.int/goe/publications/atlas\_2015/en/">https://www.who.int/goe/publications/atlas\_2015/en/</a>
- Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, 2019, "Cresce la spesa per la sanità digitale: 1,39 mld di euro, + 7%", <a href="https://www.osservatori.net/it\_it/osservatori/comunicati-stampa/spesa-sanita-digitale-italia">https://www.osservatori.net/it\_it/osservatori/comunicati-stampa/spesa-sanita-digitale-italia</a>

# IL MONDO ODONTOIATRICO NELL'EMERGENZA COVID-19: UN TAVOLO DI LAVORO CONGIUNTO PER LA FASE 2

DOTT. LORENZO OLIVIERI ODONTOIATRA

Tutto il comparto del Dentale si sta preparando alla Fase II. Mentre, dopo il plateau, sembra calare la curva dei contagi da Covid-19, e il Governo si prepara ad allentare gradualmente le restrizioni, la Professione odontoiatrica è già all'opera per riaprire gli studi in piena sicurezza:



per i professionisti, i collaboratori e, soprattutto, i pazienti. Lo fa con un Tavolo di lavoro dedicato, che, su indicazione della Commissione Albo Odontoiatri (CAO) nazionale della FNOMCeO, e proposta del viceministro Sen. Pierpaolo Sileri, è stato istituito dal Ministro della Salute. L'obiettivo è quello di gestire questa fase di emergenza ed organizzare la prossima fase di post lockdown.

Le decisioni del Tavolo tecnico verranno trasmesse dalla Segreteria del Vice Ministro direttamente al Comitato Tecnico Scientifico istituito con Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile che su delega del Presidente Conte si occuperà di validare procedure e linee guida che dovranno adottare le varie attività e professioni nella fase di ripartenza.

À coordinare il Tavolo Tecnico è stato nominato il prof. **Enrico Gherlone**, Rettore dell'Università Vita e Salute San Raffaele di Milano, past president del Collegio dei Docenti, già in passato referente per l'odontoiatria presso lo stesso Ministero.

Ne faranno parte la professoressa **Antonella Polimen**i, preside della facoltà di Medicina dell'Università Sapienza di Roma e past president del Collegio dei Docenti; **Raffaele landolo** presidente Nazionale CAO, organo sussidiario del Ministero; i presidenti de principali sindacati odontoiatrici: **Carlo Ghirlanda** per ANDI e **Fausto Fiorile** per AIO. Il Tavolo si avvarrà anche del parere di scienziati ed esperti coinvolti sulle varie tematiche analizzate.

Il Presidente CAO, Raffaele landolo ha spiegato come **attualmente gli studi odonto- iatrici siano di fatto chiusi, ma disponibili a garantire le esigenze di urgenza di alcune prestazioni non differibili, al fine di limitare gli spostamenti dei cittadini dalle loro abitazioni e sovraccaricare le strutture ospedaliere**. Già oggi recarsi nelle nostre strutture, in caso di intervento urgente e indifferibile, è sicuro. Con un atto di grande responsabilità, la Professione si è data autonomamente la regola di limitare le prestazioni alle urgenze, in modo da amplificare le misure di distanziamento sociale che stanno dando i primi risultati in termini di contenimento dell'epidemia. È bene, dunque, che i cittadini continuino, per quanto possibile, a rimanere a casa.

Molte sono state, fin dai primi giorni e fino ad oggi, anche le fake news sul Covid-19, tanto che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha dichiarato una parallela 'infodemia'. Di queste notizie, parecchie avevano l'Odontoiatria come argomento di dibattito: si sono susseguite, da parte di diverse fonti, più o meno attendibili, informazioni false e fuorvianti, o anche semplicemente contrastanti tra di loro. Il consiglio che congiuntamente si è concordato di dare ai colleghi e ai cittadini è di dare ascolto solo alle informazioni istituzionali, che arrivano dal Ministero, dalla stessa OMS e, per quanto riguarda l'Odontoiatria, dalla CAO.

Il Tavolo si muoverà su sette direttrici differenti: le conoscenze scientifiche sul virus, le modalità di diffusione, l'epidemiologia, la diagnosi; l'eventuale screening dei pazienti tramite test rapidi e sierologici; la protezione del paziente; quella degli operatori sanitari; la sanificazione degli ambienti; le istruzioni sull'uso ottimale dei

dispositivi individuali di protezione; gli aspetti organizzativi.

"L'obiettivo è quello di offrire a tutti gli odontoiatri italiani riferimenti certi, di carattere scientifico e anche di pratica organizzazione, per garantire la tutela della loro salute e quella dei loro pazienti – aggiunge landolo. A tal fine, verranno ascoltati scienziati autorevoli sugli aspetti diagnostici, organizzativi e di prevenzione relativi al COVID 19, e saranno coinvolte anche tutte le figure del settore odontoiatrico

interessate alla riapertura degli studi".

Ma **l'obiettivo è anche quello di sbloccare risorse economiche**, salvaguardare posti di lavoro, dettare linee guida per la sicurezza, organizzare la reperibilità dei dispositivi di protezione individuale, queste le priorità emerse e sottolineate con forza dal Presidente Nazionale ANDI Carlo Ghirlanda. Risorse economiche al primo posto, con interventi concreti a sostegno degli Odontoiatri e di tutti i liberi professionisti iscritti alle Casse di Previdenza private: un impegno che deve essere recepito dal Governo. Attraverso ENPAM diversi aiuti sono già disponibili, la quale però per poter mettere in atto le misure già deliberate deve necessariamente sottostare alle autorizzazioni dei Ministeri vigilanti, il cui placet tarda ad arrivare. Relativamente alle linee guida, Ghirlanda ha sottolineato come di fatto esistano già nel DVR disponibile sul sito ANDI le indicazioni utili a mettere in sicurezza gli studi, e di come si stia lavorando ai diversi tavoli scientifici e operativi per aggiornare i protocolli alla luce del progredire degli studi che si stanno compiendo.

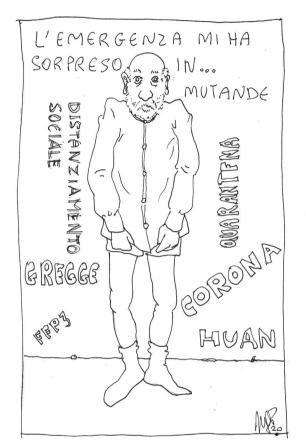
Riguardo all'indisponibilità e al lievitare dei costi dei DPI, sempre il presidente Ghirlanda conferma che ci si è attivati per richiedere alle aziende di calmierare i costi e contemporaneamente creare canali di acquisto sicuro. Le carenze di materiale odierne ed i costi conseguenti verranno presto colmate dall'accresciuta produzione i cui esiti cominceranno a sentirsi a breve. Lo stesso per quanto attiene agli strumenti di sanificazione, materiale che ora gode di una ulteriore defiscalizzazione.

Il Tavolo si riunirà più volte anche nelle prossime settimane, per giungere quanto prima a soluzioni condivise e pienamente esaurienti che, una volta sottoposte a validazione del Ministero della Salute, verranno messe a disposizione di tutti i dentisti italiani

Nel mentre viene stilato questo scritto, L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Perugia, tramite la CAO Provinciale, sta procedendo alla distribuzione di mascherine FFP2 ai propri Medici Dentisti ed Odontoiatri iscritti che ne faranno richiesta tramite i numeri telefonici che verranno comunicati con apposita mail: si tratta di un primo segnale concreto per la tanto auspicata ripartenza.

# SBARACCO VIRALE

DI MARCO PETRELLA



















# RITORNFRFMO

#### DOTT, TIZIANO SCARPONI

Ritornerò ad abbracciarvi, figli miei, mie persone care! Ritorneremo a stringerci la mano come un tempo amici miei, pazienti miei! Ritornerò ad inerpicarmi sui sentieri antichi dei miei colli e dei miei monti dell'Appennino! Ritornerò a specchiarmi lungo le acque del mio Tevere, del mio Chiascio e del mio Nera! Ritornerò a godermi i tramonti del mio Trasimeno.

Terra mia! Padri miei! Avete resistito alle orde dei barbari, alle pestilenze dei tempi passati, alle carestie, alle querre, al fratello terremoto con cui conviviamo da sempre e non ci arrenderemo alle nuove epidemia, mai! Abbiamo con noi la capacità di lavoro e preghiera di San Benedetto! Abbiamo con noi la capacità di amore e misericordia di San Francesco! Abbiamo con noi la soluzione dei casi impossibili di Santa Rita.

Figli miei tenetevi stretti i nostri valori, la nostra tradizione di civiltà contadina e artigiana. Portate in giro le nostre radici schive, scontrose e silenziose. La nostra cultura è fatta di silenzio, di squardi fugaci e di aggressività al momento giusto. Padri miei qualche volta vi ho anche odiato, ma mai e poi mai ho smesso di amarvi.

Corriamo come i nostri Ceri, cavalchiamo come nelle nostre Giostre e Quintane, cantiamo e recitiamo come nel nostro Calendimaggio e nelle nostre Gaite. Portiamo per il mondo i profumi dei nostro olio e del nostro vino. Inebriamo il mondo con il nostro tartufo, zafferano e le carni dei nostri maiali. Vi abbraccio tutti amici e fratelli dell'Umbrial.



# Campagna per la difesa della salute contro l'abusivismo medico e odontoiatrico

Dal 1º Aprile 2017 è partita la "Campagna per la difesa della salute contro l'abusivismo medico odontoiatrico. Siete tutti invitati alla massima collaborazione favorendo la diffusione di questa iniziativa affiggendo nei vostri studi tali manifesti e locandine. E' stata anche attivata una pagina FaceBook **#MEDICI VERI**. Visitatela e esprimete il vostro "mi piace" e eventuali commenti e suggerimenti.

