

La linea d'ombra che abbiamo attraversato

Noi e il Covid-19

NUMERO SPECIALE
Luglio 2020

La linea d'ombra
che abbiamo attraversato
Noi e il COVID-19

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE:

Via Lamarmora, 167 - Brescia - Tel. 030 2453211 - Fax 030 2429530,
info@ordinemedici.brescia.it - www.ordinemedici.brescia.it

Direttore Responsabile: **Dott. Gianpaolo Balestrieri**

Comitato di Redazione: **Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini,
Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri,
Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini,
Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio**

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020:

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano

VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini

SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto

TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio

**CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti,
Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri,
Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini,
Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra)**

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI:

PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini

COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini

COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi

SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami

COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi

UFFICIO DI PRESIDENZA:

**COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica),
Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana
Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere)**

PROGETTO EDITORIALE:

a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione

STAMPA: Com&Print srl - Brescia

IMMAGINE: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi

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

*«Sentinella,
a che punto è la notte?»*

Isaia 21,11-12

Prefazione

Ha da passà 'a nuttata



Ottavio Di Stefano
Presidente Ordine

*Spero soprattutto di vivere
per raccontare questa storia.*

Elizabeth J. Rourke,
MD NEJM 4 giugno 2020

Compleanno di un settantenne, per la prima volta nella vita da solo al tavolo della cucina, diventato improvvisamente troppo grande e dove per anni intorno eravamo almeno in sei. I miei figli non lontani, ma non li vedo da settimane. C'è il confinamento, il *lockdown*.

Un'esperienza come questa, ci diciamo fra noi vecchi, rigorosamente da remoto, "in tanti anni non l'abbiamo mai vissuta".

Brescia Medica ha rinnovato, per questo numero, la veste grafica perché COVID-19 è stato, ed è, un evento storico, un'epidemia catastrofica, paragonabile, nel tempo moderno, solo alla "spagnola" del 1918.

Troverete in questo "libro", o meglio instant book, testimonianze e riflessioni senza veli.

Tutti abbiamo avuto paura.

Abbiamo visto improvvisamente la "morte diffusa".

E le due dottoresse, una di un pronto soccorso e l'altra, medico di famiglia in un paese della provincia, che per due mesi hanno visto i bambini attraverso lo schermo per non portare a casa il virus.

Ho scritto tante volte che i medici hanno dato mente e corpo per settimane, scoprendo che i limiti si possono superare, ma leggendo queste pagine scoprirete che COVID-19 ha segnato

tutti noi davvero profondamente. E forse dentro di noi speriamo che il mondo ed in particolare il nostro mondo possa cambiare. Di fronte ai drammi condivisi, spesso senza poter fornire alcun aiuto se non la nostra vicinanza, ci sembra impossibile ritornare a qualche mese fa. Ritornare alle nostre piccole cose, al lavoro in solitudine davanti all'indispensabile schermo.

Ci sembra impossibile che quel disagio diffuso e severo di non essere ascoltati che da tempo immemore proviamo e denunciavamo, fra qualche mese torni ad alimentare quell'insoddisfazione grande per questo lavoro che moltissimi di noi ritengono ancora una delle ragioni della vita.

Ci sembra impossibile, avendo vissuto da dentro una tragedia, che a Brescia ed a Bergamo ha fatto più morti della seconda guerra mondiale¹, il ritorno al passato dei condizionamenti politici e della sanità dei "questo è in quota ..." con buona pace del merito.

Ci sembra impossibile che le tante morti dei nostri Vecchi, della parte nobile della civiltà, non portino ad un ripensamento e riorganizzazione delle RSA mettendo in campo quelle risorse che per tanti anni sono venute meno. Quanto potremmo fare di più e meglio per accudirli nella tradizione del nostro *welfare*. Prendersi cura del più fragile, del più debole è un principio di civiltà, della nostra civiltà, irrinunciabile.

Quello che è successo nelle RSA, nelle strutture per disabili e del disagio sociale, nonostante l'impegno strenuo, anche in queste realtà, degli operatori che ha limitato il disastro, è un allarme vero, grave, che vale per tutta la sanità.

Sanità umiliata da vent'anni di tagli.

La politica ha davanti un compito arduo ed una grande opportunità, in relazione anche alle disponibilità economiche provenienti dall'Europa, "risanare" il SSN attraverso una rivalutazione del *welfare* come "strumento di integrazione e di dignità sociale...sottraendolo alla logica del mercato, colmando l'arretratezza del divario digitale"².

Ci sembra impossibile che quel senso vero di comunità che improvvisamente abbiamo riscoperto, per cui sono cadute le "barriere tribali" delle discipline e delle professioni, si spenga quando, tutti speriamo, ritroveremo la "quotidianità bellissima".

Ma sarà davvero “bellissima”?

L’epidemia in Italia si sta spegnendo? La capacità infettante del virus si è ridotta e la malattia è clinicamente meno severa? E perché nel mondo SARS-CoV-2 morde ancora drammaticamente? E i nuovi focolai? E la seconda ondata in autunno? Quanta incertezza cui non eravamo più abituati nell’era trionfante della tecnomedicina.

In questo “libro” oltre alle testimonianze per non dimenticare quanto COVID-19 sia stata un evento epocale, troverete analisi e proposte.

Il nostro sondaggio, che ha visto una rilevante partecipazione degli iscritti (circa il 24%), pur nei limiti dell’artigianalità di cui siamo consapevoli, ha prodotto risultati di assoluto rilievo con risposte che rappresentano, davvero, il “sentire” dei medici bresciani.

La pandemia parallela delle cicatrici psicologiche che COVID-19 ha prodotto sui medici e sugli operatori tutti della salute, riapre il problema profondo del “benessere medico” come elemento determinante della cura.

Troverete, ancora nel sondaggio, una critica severa dei medici alle istituzioni che, a mio avviso, non ha pienamente considerato l’eccezionale intensità della pandemia, specie nelle prime settimane.

Sono stati fatti errori?

Certamente sì.

In primis il mancato coordinamento fra le varie realtà sanitarie e sociali, come più volte da noi denunciato.

Questo Ordine ha collaborato e continuerà a collaborare con le istituzioni, specie con ATS, che in diverse occasioni ci ha ascoltato, scontando però una lentezza di iniziativa che deriva da un sistema decisionale confuso, improvvisato, contraddittorio, a tutti i livelli, e tutto a scapito dell’autonomia locale.

Non è una critica alle persone, ma al sistema, senza indulgenze.

Nel sondaggio si invita l’Ordine a mettersi in campo con proposte e non con il solo ruolo di vigilanza.

L’Ordine Professionale non può certamente sostituirsi ai deciso-

ri, ma deve, come è nei suoi compiti istituzionali, produrre analisi e proposte che scaturiscano dal confronto schietto di idee e di opinioni della nostra comunità. Questo compito assurge a dovere che il Consiglio Direttivo cercherà, in tutti i modi, di ottemperare fino all'ultimo giorno del mandato.

Vi sono però alcuni punti fermi, che la pandemia ha crudelmente reso manifesti, da cui ripartire.

Abbiamo lavorato spalla a spalla, sono cadute le distinzioni disciplinari e professionali rigide del recente e antico passato, ed abbiamo riscoperto, come ho già scritto, che siamo una comunità vera che condivide principi semplici, ma di grande spessore valoriale. Curare, o quanto meno, cercare di curare tutti.

Ed è questo essere comunità, anche con estremi sacrifici individuali, che ci ha consentito di resistere a COVID-19.

Lavorare insieme questo è il portato di questi tempi. Lavorare insieme fra ospedale e territorio.

Partendo proprio dal territorio che in questi anni è stato, ed è sotto gli occhi di tutti, depauperato di risorse. Non si è realizzata quella indispensabile implementazione di tecnologia, di figure professionali, di digitalizzazione vera ed integrata. Un mondo di "illusioni perdute".

E pensare che...*(la) figura che nell'immaginario collettivo ne è la più lontana, quella del medico di famiglia, del medico generalista che ha nella sua cassetta degli attrezzi pochi strumenti e poca tecnologia: quel medico che nella gerarchia delle specializzazioni mediche...occupa il gradino più basso (anche in termini di remunerazione)... Eppure, a dispetto di tutto ciò, è proprio lui che ti salva la vita...³.*

Abbiamo commesso errori? Certamente sì.

Alcuni in buona fede, di fronte ad una malattia sconosciuta che ci ha improvvisamente riportato alla medicina empirica di tre, quattro generazioni fa.

Ma vi sono stati anche comportamenti miserandi, per fortuna di pochi, di chi è scappato di fronte alla responsabilità manifestando la propria pochezza professionale.

Questo pone il problema, che quasi mai consideriamo e riguarda tutti, della qualità della professione e quindi della formazione pre e post laurea e dell'Educazione Continua Medica (ECM).

La questione ECM dovremo affrontarla anche a livello nazionale proponendo una riforma radicale, basata sul raggiungimento di obiettivi clinici individuali e di comunità.

Amo molto l'articolo 32 della Costituzione *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo...”* e questo, grazie al Sistema Sanitario (la più grande opera pubblica della storia della Repubblica), con tutti i nostri limiti, l'abbiamo realizzato. Siamo ancora fra i primi sistemi sanitari del mondo. Ma questo tempo ci lascia (o ci lascerà?) un'altra eredità da cui non potremo prescindere che è già stata scritta, quasi con preveggenza, dai padri costituenti sempre nell'articolo 32: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*.

Leggiamola come impegno collettivo verso la salute di comunità. Sono necessarie, non solo nuove riorganizzazioni, ma anche una diversa “vision”. Un welfare diffuso e centrato sul pubblico che consideri il ruolo essenziale dei determinati socioeconomici e della crisi climatica sulla salute.

Un effetto particolare, anch'esso di salute, del confinamento è stato il rischiararsi dallo smog documentato dalle fotografie satellitari della Val Padana, ma già ritornate in questi giorni al drammatico opacamento che conoscevamo ed al carico di malattia conseguente.

Ripensare la deontologia medica è altro arduo compito che solo accenno. Riscrivere tratti non irrilevanti del nostro codice: la responsabilità medica ai tempi (che speriamo non si ripetano) della medicina delle catastrofi, per intenderci una sorta di codice in tempi di pace ed in tempi di guerra.

Ed ancora che la cura della comunità diventi principio deontologico, in sintonia alla cura dell'individuo.

Ed il presente? Non so come andrà a finire. So di per certo che dobbiamo attrezzarci per ogni evenienza. Approfittiamo dell'estate e della tregua per realizzare un piano di emergenza, che tutti confidiamo rimanga nel cassetto. Di nuovo le istituzioni sanitarie, comuni, ordini, si mettano intorno al tavolo per elaborare gli interventi da realizzare, fin da ora, sul territorio e negli ospedali. Noi ci siamo.

Eduardo con “Ha da passà ‘a nuttata” rappresentava la fatalità. A quei tempi non si poteva che essere fatalisti. Anche noi ci siamo riscoperti in questi giorni bui “fatalisti”, ma ora, e come sempre nella storia della medicina, affrontare il presente ed il futuro passa attraverso il realismo della rigorosa applicazione dei dati scientifici e del far tesoro di questa unica, dolorosa, esperienza vissuta e che tutti speriamo di non rivivere.

-
1. In “Il grande flagello COVID-19 a Brescia e Bergamo” Massimo Tedeschi, ed. Morcelliana 2020 (pag. 81).
 2. Ezio Mauro “La lezione del dopo guerra”, La Repubblica 22 giugno 2020.
 3. Il medico che ti salva la vita, Gavino Maciocco, 27 novembre 2017 in Salute Internazionale.info.

Introduzione

La linea d'ombra



Gianpaolo Balestrieri

Direttore responsabile di Brescia Medica

*“A Boris e a tutti gli altri
come lui che hanno varcato
nella prima giovinezza
la linea d’ombra
della loro generazione.
Con amore”.*

Boris era il figlio di Joseph Conrad. Aveva partecipato alla tragedia della Prima guerra mondiale dove venne falciata la migliore gioventù europea.

Lo scrittore gli dedicò “La linea d’ombra” (1917) uno dei suoi ultimi e più bei racconti di mare. Una storia largamente autobiografica della sua prima difficile prova come giovane comandante di un mercantile nel golfo del Siam, tra estenuanti bonacce e febbri tropicali che decimavano l’equipaggio.

Un rito di passaggio, una iniziazione durissima.

E tale è stata l’esperienza dei giovani medici che hanno affrontato la grande ondata della SARS-CoV-2. Li ha colti di sorpresa, ci ha colti tutti di sorpresa.

Almeno dagli anni Sessanta del secolo scorso la medicina ci ha descritto la transizione epidemiologica, il passaggio da epoche dominate dalle malattie infettive ad un’era di malattie non trasmissibili con un sempre maggior impatto della cronicità.

Impreparati quindi a quanto è accaduto. Disorientati dall’assenza di terapie validate, di linee guida *evidence based*.

Impotenti, smarriti. Impauriti dal rischio grande per se stessi, per i propri cari.

Increduli, attoniti, provati, di fronte alle morti così numerose, così rapide. Goffi, impacciati, distanti dagli altri nelle gabbie dei dispositivi di protezione.

Ma tuttavia, per la gran parte di noi, giovani e meno giovani, vi è stata la riscoperta di un ruolo, antico e fondativo della professione che abbiamo scelto. Ruolo di coloro, i medici, i quali scelgono di essere vicini ai sofferenti e cercano di curarli e aiutarli con i mezzi di cui dispongono, talora anche con la sola partecipata presenza.

Da qui nasce questo numero di Brescia Medica. Un numero speciale, formato libro.

Testimonianze, analisi, critiche, proposte per la sanità post-pandemia.

Ed un sondaggio, ampio e partecipato, sul vissuto dei medici bresciani durante la pandemia.

Emerge, tra molti dati interessanti, l'impatto psicologico, rilevante, con lunghi strascichi sul benessere dei medici, che ha colpito maggiormente i colleghi più giovani.

Soprattutto a loro è dedicato il numero nella speranza, nella convinzione che la sfida ardua vissuta motivi e rafforzi la loro scelta professionale, la loro scelta di vita.



Capitolo I

SONDAGGIO

I medici bresciani e l'epidemia COVID-19

*Esperienze, opinioni,
proposte per il futuro*



Angelo Bianchetti
Ottavio Di Stefano
Gianpaolo Balestrieri
Francesco Donato

Introduzione

La provincia di Brescia è stata al centro del ciclone della pandemia da SARS-CoV-2 che si è abbattuto sull'Italia ed è stata la provincia con tassi tra i più elevati di incidenza e di mortalità. Tutti i settori del Sistema Socio Sanitario sono stati coinvolti e sconvolti dall'emergenza, ed ancora non siamo sicuri che si tratti solo di una storia oramai passata e solo da raccontare. I medici sono stati in prima fila, molti sono stati direttamente colpiti dalla malattia, hanno dovuto rivedere le priorità, le modalità di lavoro, spesso con pochi ed inadeguati strumenti. Abbiamo letto testimonianze toccanti, sincere, spesso drammatiche.

Abbiamo quindi voluto contribuire al dibattito già in corso, e non concluso, sul passato e sul futuro della epidemia COVID-19 con uno strumento semplice: un sondaggio on line fra gli iscritti. La partecipazione al sondaggio è stata molto elevata: hanno risposto complessivamente 1841 medici, corrispondenti al 24,2% degli iscritti. Il tasso di completamento del questionario è stato del 72% (va considerato che era prevista la possibilità di non rispondere ad alcune specifiche domande). Il questionario era anonimo e non conteneva informazioni tali da potere riconoscere il singolo partecipante; è stata fornita informativa del trattamento dei dati nel rispetto delle regole della privacy ai sensi del GDPR 679/2016. L'elaborazione dei dati è stata fatta su dati raggruppati. Il questionario comprendeva domande a risposte chiuse, alcune domande erano facoltative e le risposte possibili talvolta erano più di una. La compilazione del questionario era solo on line, con invio del link a tutti gli iscritti mediante email. Il questionario è stato compilato dal 15 al 29 maggio (giorno di chiusura dell'inchiesta) utilizzando la suite Survey Monkey.

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata mediante il software SPSS vers 22. Dal momento che l'indagine ha finalità soprattutto descrittive, sono stati utilizzati comuni metodi statistici per il con-

fronto tra medie e proporzioni, con test univariati a due code, con la consueta soglia del 5% per interpretarne il risultato in termini di significatività statistica.

Il campione dei partecipanti e il confronto con gli iscritti

Le tabelle che seguono confrontano i partecipanti al sondaggio, suddivisi per età e categoria professionale, con gli iscritti all'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Brescia.

Distribuzione per fasce di età

Il campione di coloro che hanno risposto al sondaggio è rappresentativo dell'universo degli iscritti; vi è una percentuale di risposte simile nelle diverse fasce di età con il maggior tasso di risposta fra i medici con età fra 51 e 64 anni e fra 36 e 50 anni, mentre i tassi più bassi sono fra gli ultrasessantacinquenni e coloro che hanno meno di 35 anni.

TABELLA 1

Classi età	Sondaggio		Totale iscritti ODM		% partecipanti per età
	N	%	N	%	
Meno di 35 anni	285	15,5%	1312	17,2%	21,7%
Fra 36 e 50 anni	523	28,4%	2042	26,8%	25,6%
Fra 51 e 64 anni	717	38,9%	2410	31,6%	29,7%
65 anni o più	316	17,2%	1857	24,4%	17,0%
Totale	1841		7621		

Distribuzione per sesso

La distribuzione per sesso di chi ha risposto (di questi il 50,7% sono uomini e il 49,3% donne) (tabella 2) mostra una percentuale leggermente superiore fra le donne (26,6% vs 22,2%).

Tra coloro che hanno risposto al sondaggio il 10,6% è rappresentato da odontoiatri (che sono il 16,7% degli iscritti) (tabella 3), mentre il 28,7% è rappresentato da medici dipendenti pubblici e il 7,2% da medici dipendenti di strutture private. Nel 29,4% si tratta

di liberi professionisti, nel 12,4% di medici di medicina generale (MMG) (che rappresentano il 10,9% degli iscritti) e nel 3,3% di pediatri di libera scelta (PLS) (corrispondenti all'1,6% degli iscritti). Considerando la quota di partecipanti per categoria professionale la proporzione degli odontoiatri è del 15,7%, quella dei MMG del 28,2%, dei pediatri del 50%.

TABELLA 2

Classi età	Sondaggio		Totale iscritti ODM		% partecipanti per sesso
	N	%	N	%	
Uomo	934	50,7%	4207	55,2%	22,2%
Donna	907	49,3%	3414	44,8%	26,6%
Totale	1841		7621		

TABELLA 3

	Sondaggio		Totale iscritti ODM		% partecipanti per professione
	N	%	N	%	
Odontoiatra	196	10,6%	1249	16,7%	15,7%
Medico dipendente pubblico	528	28,7%			
Medico dipendente privato	132	7,2%			
Libero professionista	542	29,4%			
MMG	229	12,4%	812	10,9%	28,2%
Pediatra LS	61	3,3%	122	1,6%	50,0%
Pensionato	75	4,1%			
Altro	78	4,2%			
Totale	1841		7467		24,7%

NB: il totale dei MMG comprende 732 medici per ATS Brescia e 80 per la Valle Camonica, mentre il totale dei PLS ne comprende 112 per ATS Brescia e 10 per la Valle Camonica.

I dati: il coinvolgimento clinico e la gestione dei pazienti

• *Quanti pazienti hai assistito e da quando*

Il 63,3% degli intervistati ha assistito almeno un paziente con COVID-19; di questi il 32,8% già a febbraio e il 52,1% nei primi 15 giorni di marzo.

La totalità dei MMG (99%) e gran parte dei PLS (85%) ha assistito pazienti COVID-19. Nel 40% dei MMG il primo contatto con i pazienti è stato nel mese di febbraio e nel 55% nei primi 15 giorni di marzo; per i PLS si osserva un contatto con i pazienti più ritardato: nel 10% nel mese di febbraio, nel 51,7% nei primi quindici giorni di marzo e nel 21% nei periodi successivi.

Hanno gestito pazienti COVID-19 il 69% degli odontoiatri, l'80% degli ospedalieri e dei medici delle strutture, il 47% dei liberi professionisti e il 20% dei medici in pensione. Nel grafico 1 viene presentata la distribuzione del campione per pazienti COVID-19 trattati. Si può notare come, complessivamente, quasi il 60% dei medici ha trattato un numero significativo di casi (31 casi e più) indicando il livello elevato di coinvolgimento nella gestione clinica.

Nel grafico 2 è presentata la distribuzione dei medici per categorie professionali (sono stati considerati i MMG e gli ospedalieri pubblici e privati) e numero dei pazienti trattati. Il 47% dei medici ospedalieri pubblici e privati ha trattato più di 60 pazienti e, rispettivamente il 26% e 32%, oltre 100. Il 68% dei MMG ha trattato oltre 30 pazienti (e il 12% oltre 100).

GRAFICO 1

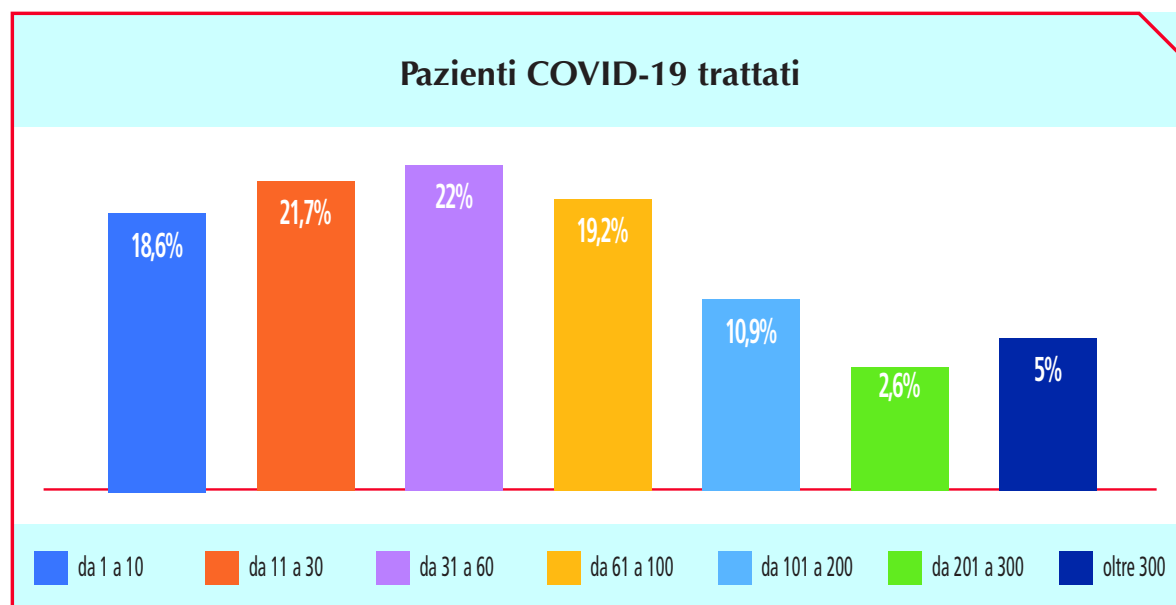
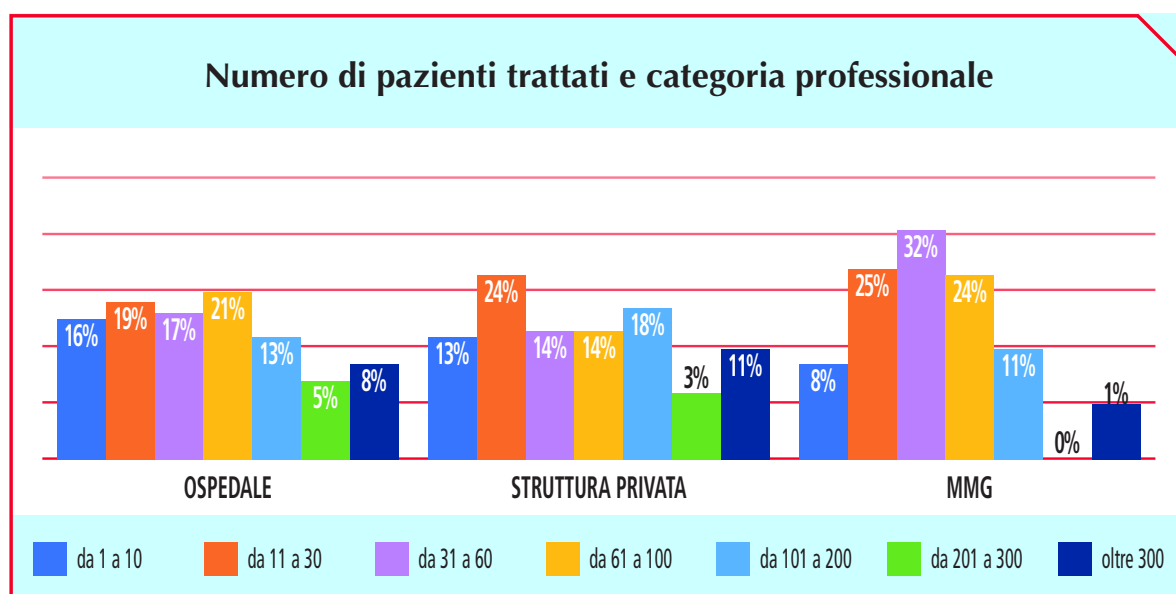


GRAFICO 2



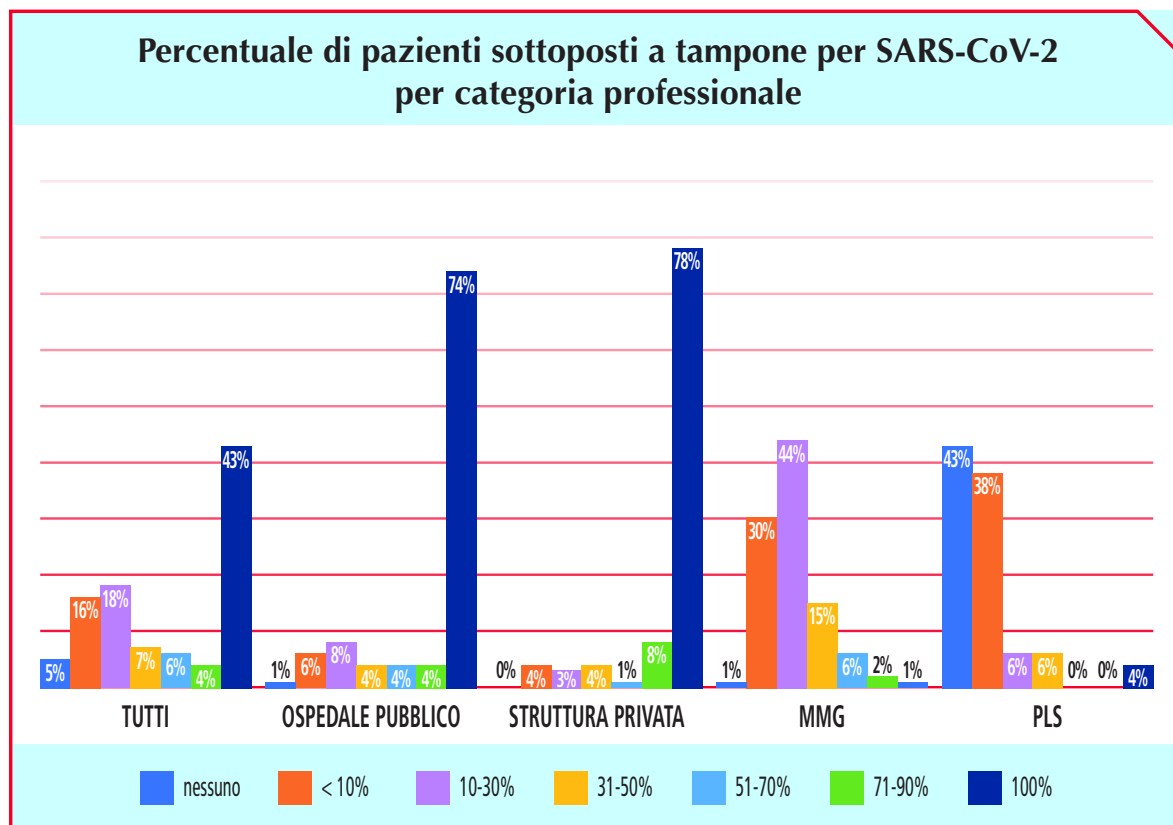
In sintesi.....

- Il coinvolgimento dei medici è stato massiccio: totale per i MMG, molto alto per i PLS e per i medici delle strutture (ospedali, strutture accreditate e RSA).
- Il contatto con i pazienti è stato precoce, fin dalle prime fasi della diffusione della malattia.
- Il livello di coinvolgimento clinico (pazienti trattati) è stato elevato per tutte le categorie professionali.

• *Come sono stati gestiti i pazienti*

Uno degli aspetti più discussi e controversi della gestione clinica dei pazienti COVID-19 è stata la disponibilità dei tamponi nasofaringei per l'individuazione dell'infezione da SARS-CoV-2. Le modalità con cui le diverse Regioni ne hanno definito l'attuazione e come le diverse realtà cliniche (ospedali, RSA, territorio) hanno potuto disporre dei tamponi è un tema al centro di analisi ed è considerato uno degli elementi che ha determinato differenze nella effettiva diffusione dell'epidemia e nelle possibilità di contenimento, soprattutto nelle fasi iniziali. I dati ottenuti con il nostro sondaggio possono fornire solo elementi indicativi, necessariamente anche grossolani, ma a nostro avviso utili per la discussione generale. Come si può osservare nel grafico 3 il 46% dichiara che meno del 50% dei pazienti ha effettuato il tampone, mentre il 43% degli intervistati dichiara che il 100% dei pazienti è stato sottoposto a questa indagine. Il quadro è però più complesso, con differenze evidenti fra ospedale e territorio. Una analisi del dato suddiviso per categoria professionale (grafico 3) mostra che, mentre il 74% dei medici operanti nelle strutture ospedaliere affermano che il tampone è stato eseguito in tutti i pazienti, tra i MMG il 30% dichiara che meno del 10% dei pazienti è stato sottoposto a tampone, circa la metà dichiara che il tampone è stato fatto nel 10-30% dei casi e solo il 9% dichiara una percentuale di pazienti sottoposta a tampone superiore al 50%. Tra i pediatri di libera scelta la situazione è ancora peggiore, con il 43% dei medici che non ha potuto sottoporre a tampone nessun paziente e nel 38% dei casi meno del 10%.

GRAFICO 3



In sintesi.....

- I MMG hanno avuto la possibilità di sottoporre a tampone nasofaringeo a scopo diagnostico solo una limitata quantità di casi.
- I PLS una ancora minore quantità di casi.
- Questa metodologia diagnostica, fino all'epoca del sondaggio, sulla base delle delibere regionali, è stata sostanzialmente limitata ai pazienti che hanno avuto accesso alle strutture ospedaliere.

• ***La gestione clinica: difficoltà e prospettive***

Nella tabella 4 sono presentate le difficoltà incontrate dai colleghi nella gestione dei pazienti in ordine di importanza: la difficoltà a fare diagnosi, la mancanza di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) e di chiare indicazioni cliniche in una malattia nuova e per definizione sconosciuta, sono quelle maggiormente indicate dagli intervistati.

Naturalmente i fattori di criticità cambiano in relazione alla categoria professionale, all'età e ad altri fattori. Quelle maggiormente evidenziate sono (dati non riportati in tabella):

- per i medici ospedalieri la mancanza di chiare indicazioni cliniche e l'eccessivo carico di pazienti e il conseguente poco tempo da dedicare ad ognuno;
- per i MMG e i PLS la difficoltà a fare diagnosi e la mancanza di DPI;
- per i medici più giovani la mancanza di chiare indicazioni cliniche, mentre per i medici con età maggiore la mancanza di DPI;
- per i medici che hanno avuto in gestione un maggior numero di pazienti la mancanza di indicazioni cliniche e l'eccessivo carico di pazienti, mentre per i medici che hanno gestito meno pazienti la mancanza di DPI.

In assenza di linee guida chiare e di esperienze consolidate su quali elementi hanno basato i medici le loro decisioni?

TABELLA 4

Massima importanza
Difficoltà a fare diagnosi (tamponi, sierologia)
Mancanza di DPI
Mancanza di chiare indicazioni cliniche
Media importanza
Difficoltà di accesso all'ospedale
Difficoltà a gestire i pazienti in isolamento domiciliare
Scarsa importanza
Eccessivo carico di pazienti e quindi poco tempo da dedicare a ciascuno
Difficoltà a reperire i farmaci

Come è espresso nel grafico 4 la principale fonte di informazioni è stata la discussione e confronto con i colleghi, metodo forse antico, poco basato sulle “evidenze”, ma molto efficace in una situazione di grande incertezza. Le linee guida regionali e le indicazioni delle società scientifiche sono risultate essere una fonte di ampia consultazione.

La letteratura internazionale ha evidenziato i fattori prognostici negativi, in particolare età e comorbidità. Abbiamo chiesto ai colleghi di definire i fattori prognostici negativi secondo la loro esperienza.

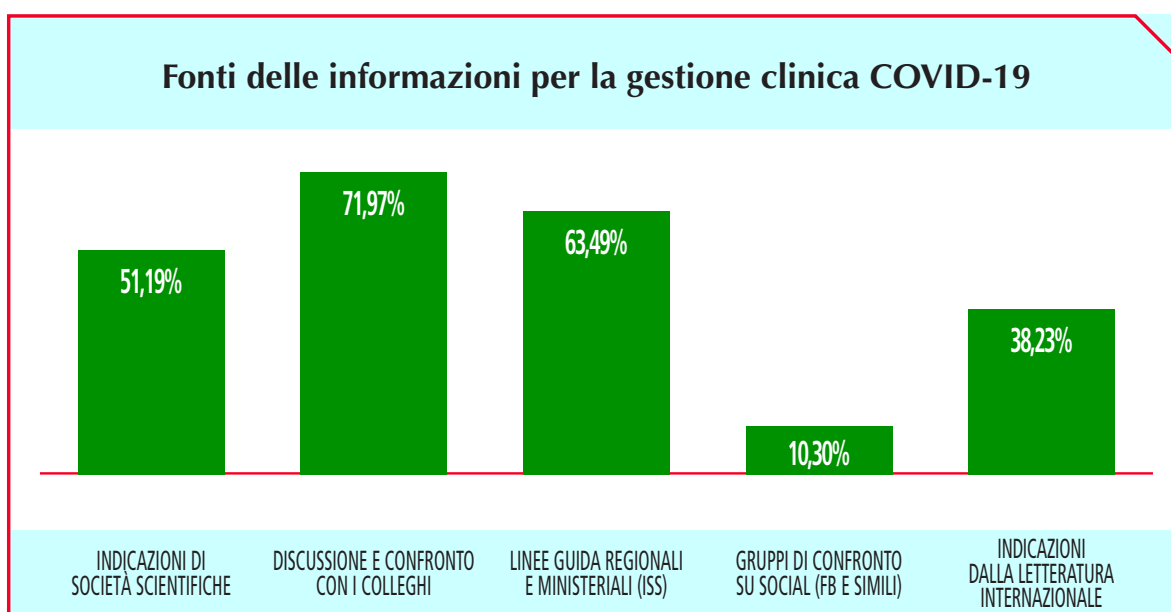
Nel grafico 5 sono presentati i risultati. La comorbidità è considerata un fattore prognostico importante per l’80% degli intervistati e l’età elevata dei pazienti per il 68%.

È interessante notare che più importante dell’età sono considerate la precocità della diagnosi (75%) e della terapia (73%), fattori che dipendono in larga misura da elementi organizzativi peraltro già richiamati.

Come stanno cambiando i quadri clinici dei pazienti COVID-19? Molto si sta scrivendo sulla apparente ridotta letalità del virus SARS-CoV-2 e sulle possibili cause.

Il sondaggio non vuole avere un valore scientifico ma semplicemente valutare l’evolversi di quadri clinici basandosi sulla espe-

GRAFICO 4



rienza dei medici coinvolti nella gestione di un gran numero di pazienti. Gli intervistati esprimono una grande prudenza: l'86,1% dichiara la necessità di avere dati statistici solidi e non semplicemente aneddotici. È pur vero che per il 39,4% dei medici negli ultimi giorni non si sono riscontrati nuovi casi e il 53,5% dei colleghi ha l'impressione che i nuovi casi siano caratterizzati da minore gravità dei sintomi, con minore interessamento polmonare (33,9% dei partecipanti).

Un aspetto controverso collegato alla gestione clinica dei pazienti nella fase dell'emergenza dettata dalla epidemia riguarda la responsabilità professionale.

La gestione di una enorme quantità di pazienti con una malattia nuova ha reso necessari cambiamenti organizzativi e clinici con un livello elevato di incertezza e in assenza di chiare indicazioni cliniche.

La questione quindi di una copertura legislativa della responsabilità professionale è stata posta da più parti. I medici intervistati ritengono nella stragrande maggioranza necessaria tale copertura (grafico 6), anche se il 50% ritiene che debba essere riservata solo al personale sanitario e il 42% estesa anche a chi ha gestito gli aspetti organizzativi e amministrativi.

GRAFICO 5

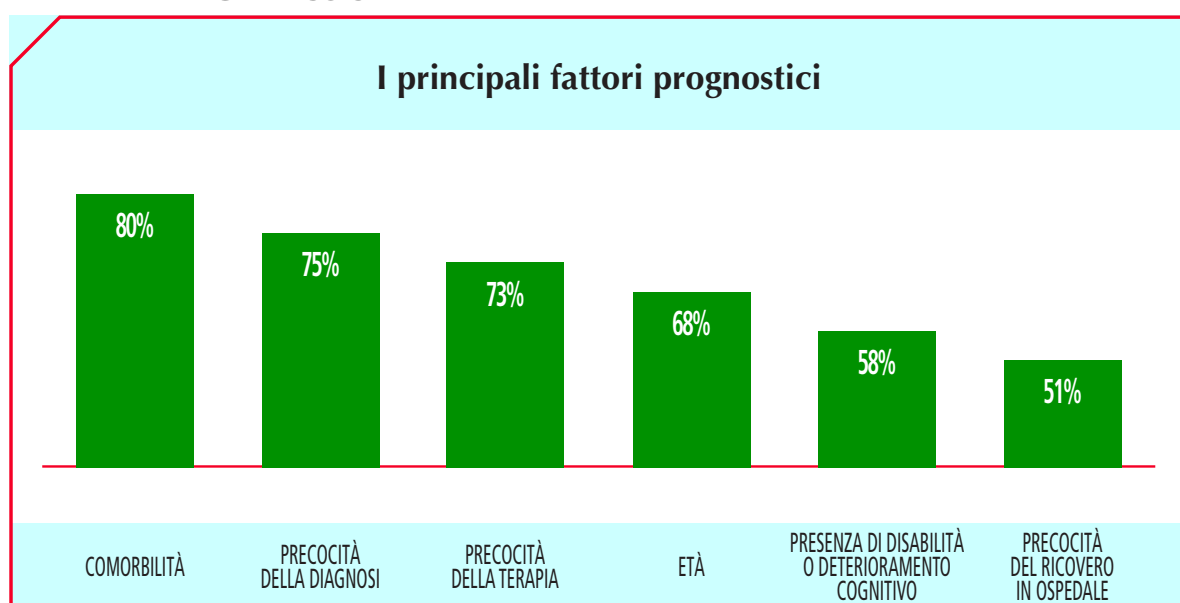
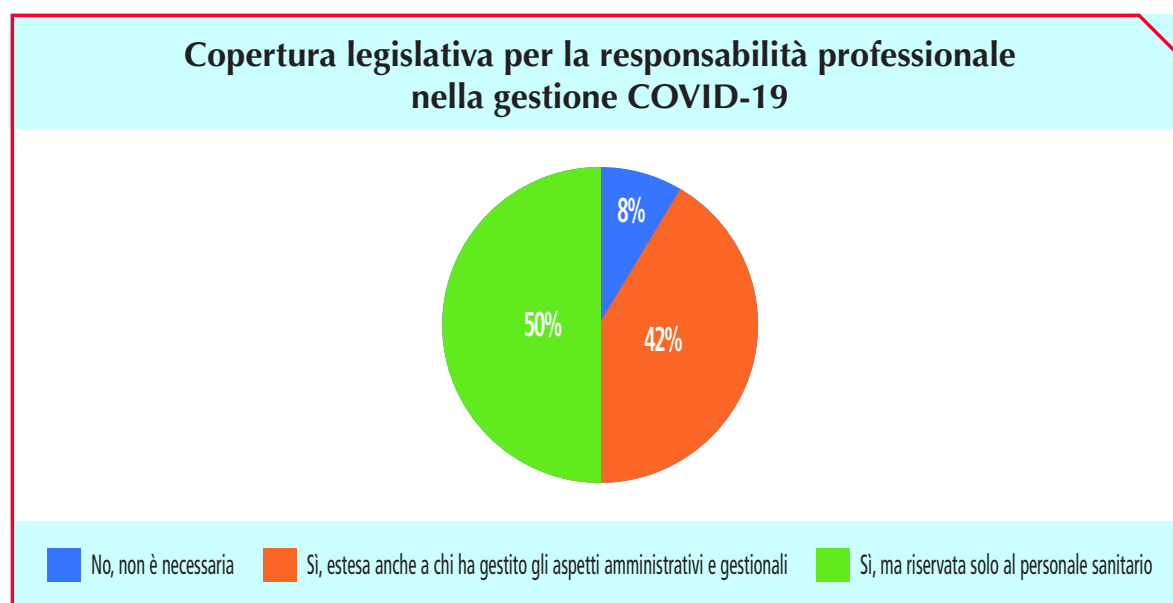


GRAFICO 6



In sintesi.....

- La difficoltà a fare diagnosi tempestiva (con tamponi e sierologia), la mancanza di DPI e la mancanza di chiare indicazioni cliniche sono stati gli elementi di maggiore difficoltà nella gestione clinica dei pazienti COVID-19.
- Per i medici ospedalieri ha pesato anche l'eccessivo carico di pazienti e il conseguente poco tempo da dedicare ad ognuno.
- La principale fonte di informazioni è stata la discussione e il confronto con i colleghi, insieme alla consultazione di linee guida regionali e alle indicazioni delle società scientifiche.
- La comorbidità, la precocità della diagnosi e della terapia sono considerati i fattori che condizionano maggiormente la prognosi, più dell'età di per sé.
- Per il 40% dei medici da giorni non si sono riscontrati nuovi casi e quelli nuovi sono caratterizzati da minore gravità dei sintomi.
- È necessaria una copertura legislativa sulla responsabilità professionale nella gestione clinica dei pazienti COVID-19.

• **La gestione della crisi: i ruoli istituzionali**

La crisi epidemica ha travolto soprattutto alcune aree della Regione Lombardia, e Brescia è stata tra le più colpite in base al numero di malati e di morti. Vi saranno sedi opportune dove valutare eventuali errori gestionali e certamente il sondaggio è uno strumento poco raffinato per giudicare una situazione complessa. Nondimeno a nostro avviso è meritevole di attenzione il giudizio dei medici bresciani, coinvolti e travolti in alcuni casi dalla crisi che ha visto la nostra provincia al centro del ciclone. Abbiamo quindi chiesto di dare un giudizio sui livelli gestionali e organizzativi.

Alla domanda “Come ritieni sia stata gestita a livello istituzionale (Regione, ATS) la crisi” il giudizio degli intervistati è netto (tabella 5): il 49% ritiene che il sistema non sia stato governato e il 34,6% che la gestione sia stata poco adeguata.

TABELLA 5

Ritieni che a livello istituzionale (Regione, ATS) la gestione della crisi sia stata:	
Adeguatezza rispetto alla gravità della situazione	1,8%
Abbastanza adeguata considerando la mancanza di esperienze di pandemie	14,7%
Poco adeguata, si poteva fare di più	34,6%
Del tutto inadeguata, il sistema non è stato governato	49,0%

Quali gli errori nella gestione istituzionale? Secondo i medici intervistati (tabella 6) di maggiore importanza è stata la mancata possibilità di identificazione/diagnosi dei casi sospetti al domicilio (90,4%), la mancanza di coordinamento fra i livelli istituzionali (86,1%) e la mancanza di chiare indicazioni operative (81,4%).

Gli ospedali sono stati al centro della crisi con un enorme afflusso di pazienti che in pochi giorni ha sconvolto l'ordinaria gestione rendendo necessari cambiamenti radicali.

Quale il giudizio dei medici rispetto all'operato degli ospedali? La stragrande maggioranza (tabella 7) degli intervistati (87,5%) ritie-

ne che i medici ospedalieri di tutte le specialità abbiano contribuito alla gestione dell'emergenza e che nel complesso gli ospedali bresciani abbiano saputo svolgere il loro compito gestionale nella fase dell'emergenza (81%). Il giudizio è positivo soprattutto per gli ospedali pubblici (80,8%) e in parte anche per quelli privati (42%); il 3% dà un giudizio negativo degli ospedali pubblici e il 16% di quelli privati.

Sulla opportunità di avere un solo grande ospedale dedicato al COVID-19 l'opinione dei medici è divisa: il 45,1% favorevole e il 24,2% contraria.

TABELLA 6

Se vi sono stati errori nella gestione istituzionale quali sono a tuo avviso i più rilevanti? (più risposte possibili)	
Mancata possibilità di identificazione/diagnosi dei casi sospetti al domicilio	90,4%
Mancanza di coordinamento fra i vari livelli istituzionali (ATS, ASST, comuni, MMG, ecc.)	86,1%
Mancanza di chiare indicazioni operative	81,4%
Insufficiente coordinamento e/o contrapposizione tra i vari livelli istituzionali (stato, regioni, comuni)	78,4%
Mancata ed errata gestione delle RSA	75,3%

TABELLA 7

Come ritieni abbiano svolto il loro ruolo gli ospedali in questa fase? (più risposte possibili)	
I medici ospedalieri di tutte le specialità hanno contribuito alla gestione della emergenza	87,5%
Nel complesso gli ospedali bresciani hanno saputo svolgere il loro compito gestendo la fase di grande emergenza	81,0%
Gli ospedali pubblici sono stati efficienti	80,8%
Sarebbe stato meglio avere un solo grande ospedale dedicato esclusivamente alla gestione dei pazienti COVID-19	45,1%
Gli ospedali privati sono stati efficienti	42,0%

In sintesi.....

- La gestione della crisi a livello istituzionale è stata poco adeguata o del tutto inadeguata per la stragrande maggioranza dei medici.
- Gli errori più rilevanti sono stati la mancata possibilità di identificazione/diagnosi dei casi sospetti al domicilio, la mancanza di coordinamento fra i livelli istituzionali e la mancanza di chiare indicazioni operative.
- La stragrande maggioranza ritiene che nel complesso gli ospedali bresciani abbiano saputo svolgere il loro compito gestionale nella fase dell'emergenza con un fattivo coinvolgimento di tutti i medici ospedalieri.

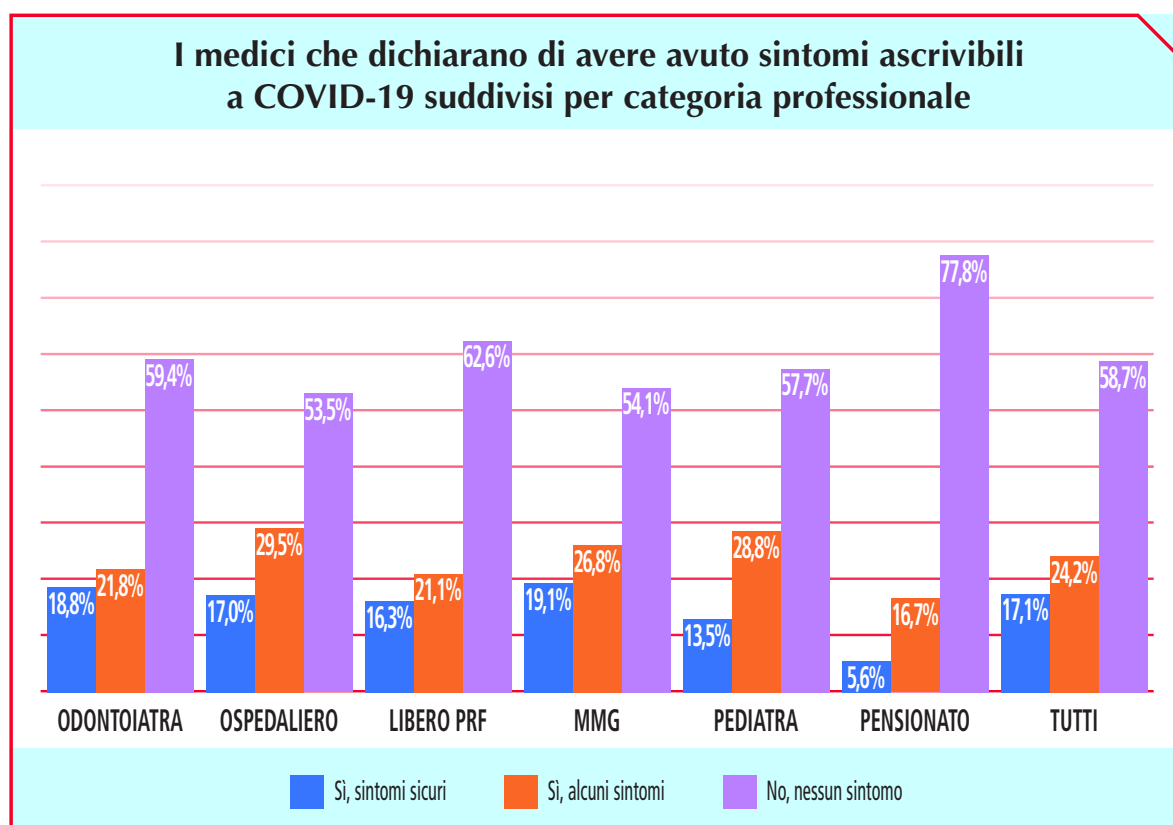
COVID-19: l'esperienza personale dei medici bresciani

Il coinvolgimento nella gestione della epidemia da SARS-CoV-2 ha toccato i medici non solo sul piano professionale, ma anche in modo diretto, sia sul piano fisico che su quello psicologico. Molti medici sono stati direttamente colpiti da COVID-19, alcuni in forma grave, alcuni, purtroppo, hanno pagato con la vita la loro abnegazione. Non esistono al momento stime attendibili sul coinvolgimento diretto dei medici, anche se iniziano ad essere disponibili i risultati dei test sierologici che si stanno facendo in molte strutture sanitarie. Con il nostro sondaggio vogliamo aggiungere alcuni elementi di riflessione ed alcuni dati.

• *I medici ammalati*

Abbiamo quindi chiesto chi avesse avuto sintomi ascrivibili a COVID-19. Come si può osservare nel grafico 7, il 17,1% dei partecipanti dichiara di aver avuto sintomi sicuramente ascrivibili a COVID-19 e il 24,2% sintomi sospetti.

GRAFICO 7



Abbiamo quindi analizzato quale proporzione di medici con sintomi da COVID-19 era stata sottoposta a tampone nasofaringeo o esami sierologici per un accertamento diagnostico. Nel grafico 8 sono presentati i dati relativi all'esecuzione del tampone fra i soggetti che presentavano sintomi: il 23,2% di chi ha avuto sintomi chiaramente ascrivibili a COVID-19 e il 58,1% di chi ha avuto sintomi sospetti non ha eseguito il tampone nasofaringeo (è da sottolineare che il 10% dei soggetti con sintomi COVID-19 ha dichiarato di aver chiesto di poter fare il tampone!). Nella maggior parte dei casi il tampone è stato fatto dall'azienda ospedaliera e in misura minore dall'ATS.

Per i test sierologici la proporzione dei soggetti sintomatici che non sono stati sottoposti a test è ancora più elevata: il 42,8% di chi dichiara di aver avuto sintomi chiaramente ascrivibili a COVID-19 e il 42,6% di chi ha avuto solo alcuni sintomi (dati non riportati in tabella). Abbiamo quindi chiesto in quale misura i familiari/vicini sono stati avvertiti dalle autorità sanitarie rispetto all'obbligo di quarantena ed alle modalità di svolgimento. Nel grafico 9 la distribuzione delle risposte.

Purtroppo, nella gran parte dei casi (48,7% dei casi con sintomi COVID-19 e 64,5% dei casi con solo qualche sintomo) non sono state fornite informazioni; solo nel 20,4% dei casi di soggetti sintomatici sono state date indicazioni tempestive e precise.

GRAFICO 8

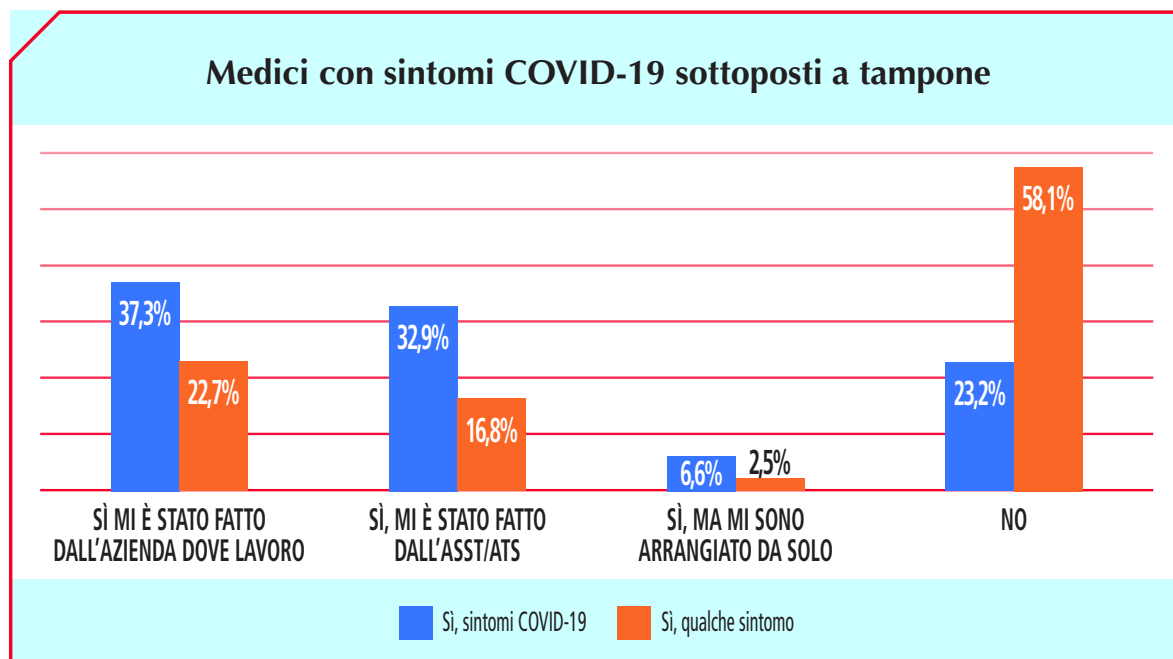
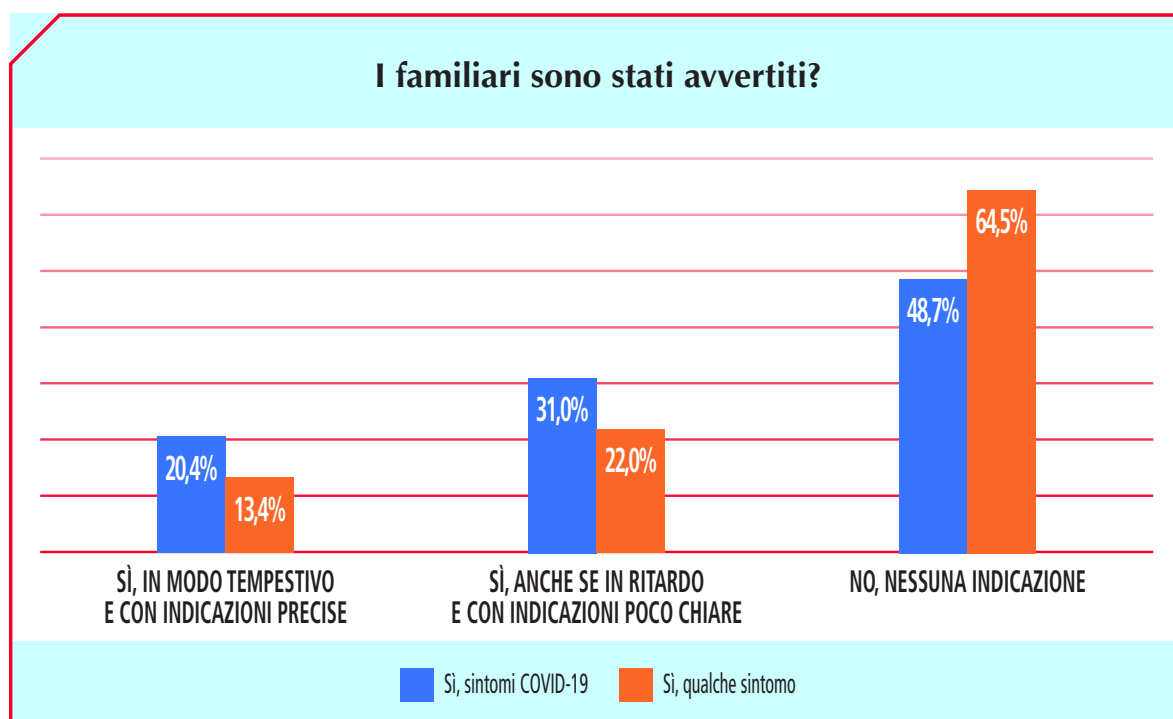


GRAFICO 9



In sintesi.....

- Quasi la metà dei medici ha avuto sintomi chiaramente o parzialmente ascrivibili a COVID-19 (MMG e ospedalieri soprattutto).
- 3 su 4 di chi ha avuto sintomi chiaramente COVID-19 e uno su 2 di chi ha avuto sintomi minori è stato testato con tampone.
- Nella gran parte dei casi le indicazioni per i familiari sono state assenti o tardive.

• Le conseguenze emotive e psicologiche

Il coinvolgimento nella gestione della epidemia ha suscitato emozioni forti fra i medici. Abbiamo cercato di analizzare i sentimenti dei medici, le loro reazioni, l'esito a livello psicologico di quanto hanno vissuto. Per questa analisi i questionari erano articolati su 6 livelli di risposta secondo un ordine crescente nella percezione dell'importanza dei temi (da 0 a 5). Per l'analisi qualitativa le risposte sono state raggruppate nelle categorie "non importante" (0-1), "abbastanza" (2-3), "molto importante" (4-5); per l'analisi quantitativa (grafici 10 e 11) sono state utilizzate le medie dei punteggi.

Nella tabella 8 sono presentati i risultati sul campione totale degli intervistati. Il 90% circa dichiara di essersi sentito, abbastanza o molto, "impotente di fronte ad una malattia sconosciuta e grave", il 54,6% dichiara "ho pianto, mi sentito svuotato e triste", l'82,9% ha avuto "paura per me e per i miei familiari". È un panorama che rende ragione dell'enorme coinvolgimento dei medici (e di tutti gli operatori) di fronte alle conseguenze della malattia e alle difficoltà di affrontare le drammatiche situazioni cliniche. Il tutto solo in parte controbilanciato da sentimenti positivi: l'85,8% dichiara che "è stata una prova dura, ma mi sono arricchito sul piano professionale" e il 53% che "la fatica e l'impegno non mi sono pesati".

Va sottolineato come, al di là della retorica sui "medici eroi", percepire la solidarietà e il rispetto della gente sia stato un fattore di incoraggiamento positivo per l'83,4% dei colleghi.

Quanto vissuto in questi mesi ha lasciato un segno profondo: il 40,3% dichiara che ancora oggi fa "fatica a dormire ed affrontare la giornata con serenità", evidenziando come le conseguenze psicologiche della gestione della pandemia non si risolvono facilmente.

TABELLA 8

Stress percepito durante la gestione della crisi attuale			
	no	abbastanza	molto
Mi sono sentito impotente di fronte ad una malattia sconosciuta e grave	9,8%	25,2%	65,1%
Ho pianto, mi sono sentito svuotato e triste	45,4%	23,7%	30,9%
Ho avuto paura per me e per i miei familiari	17,2%	26,8%	56,1%
È stata una prova dura, ma mi sono arricchito sul piano professionale	14,2%	34,0%	51,8%
Ho sentito intorno a me la solidarietà della gente, il rispetto e l'ammirazione	16,6%	38,8%	44,6%
Mi sono sentito pieno di energia, la fatica e l'impegno non mi sono pesati	47,0%	35,4%	17,7%
Ancora ora faccio fatica a dormire e ad affrontare la giornata con serenità	59,7%	21,3%	19,0%

Ma chi è risultato più esposto alle conseguenze psicologiche della gestione della pandemia? Abbiamo analizzato alcuni fattori: categoria professionale, età e sesso.

È stata analizzata la frequenza delle risposte che indicano un'importanza molto elevata del tema (attestate sui livelli 4 e 5 nella scala da 0 a 5), traendone un valore percentuale rispetto alle risposte totali per categoria professionale (tabella 9). I dati si possono così riassumere:

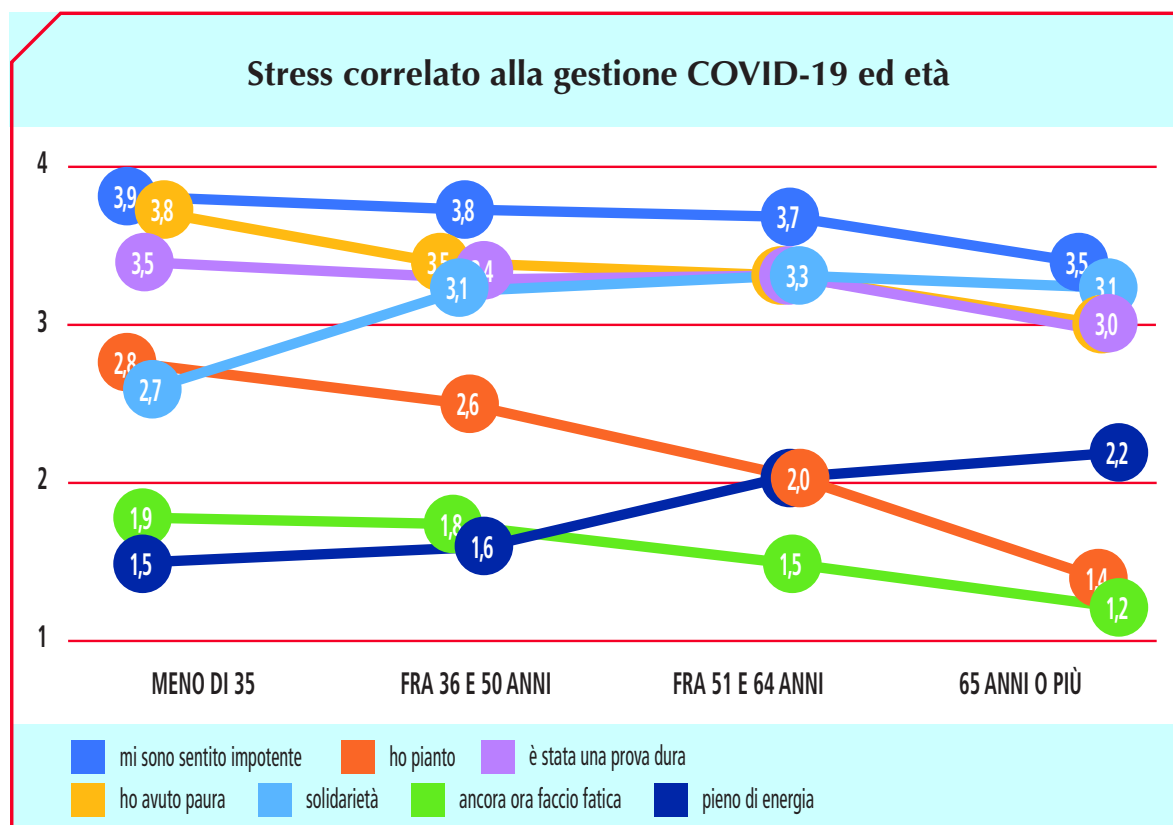
- alcune categorie professionali hanno manifestato atteggiamenti significativamente differenti dalle altre, in particolare gli odontoiatri (minore impatto psicologico) e i pediatri (maggiore senso di impotenza e paura, ma anche maggiore senso di rispetto);
- i medici ospedalieri hanno mostrato una maggiore sensazione di arricchimento professionale, ma anche maggiore paura per sé e per gli altri;
- i MMG sembrano soffrire in modo più marcato le conseguenze a lungo termine.

TABELLA 9

Stress percepito durante la gestione della crisi e categoria professionale						
	osped.	MMG	libero profess.	pediatra	odontoiatra	pensionato
Mi sono sentito impotente di fronte ad una malattia sconosciuta e grave	68%	66%	62%	83%	62%	56%
Ho pianto, mi sono sentito svuotato e triste	38%	32%	24%	27%	32%	9%
È stata una prova dura, ma mi sono arricchito sul piano professionale	56%	55%	49%	56%	53%	17%
Ho avuto paura per me e per i miei familiari	62%	52%	51%	67%	56%	48%
Ho sentito intorno a me la solidarietà della gente, il rispetto e l'ammirazione	50%	52%	36%	63%	41%	29%
Mi sono sentito pieno di energia, la fatica e l'impegno non mi sono pesati	15%	20%	17%	29%	23%	19%
Ancora ora faccio fatica a dormire e ad affrontare la giornata con serenità	23%	24%	12%	17%	23%	2%

L'analisi dell'influenza dell'età sul disagio psicologico è stata valutata confrontando i punteggi medi su una scala da 0 a 5. Si osserva un effetto "protettivo" dell'età e della esperienza professionale per gli effetti dello stress (grafico 10). In particolare, i sentimenti di tristezza (*"ho pianto, mi sono sentito svuotato e triste"*) e di paura (*"ho avuto paura per me e per i miei familiari"*), il peso della fatica e dell'impegno (*"mi sono sentito pieno di energia..."*) sono significativamente correlati all'età e i più giovani appaiono più fragili ed esposti ai sentimenti negativi. I più giovani hanno percepito con minore intensità la sensazione di solidarietà e ammirazione sociale e a distanza di tempo ancora risentono emotivamente dello stress della gestione della crisi (*"ancora oggi faccio fatica a dormire..."*).

GRAFICO 10



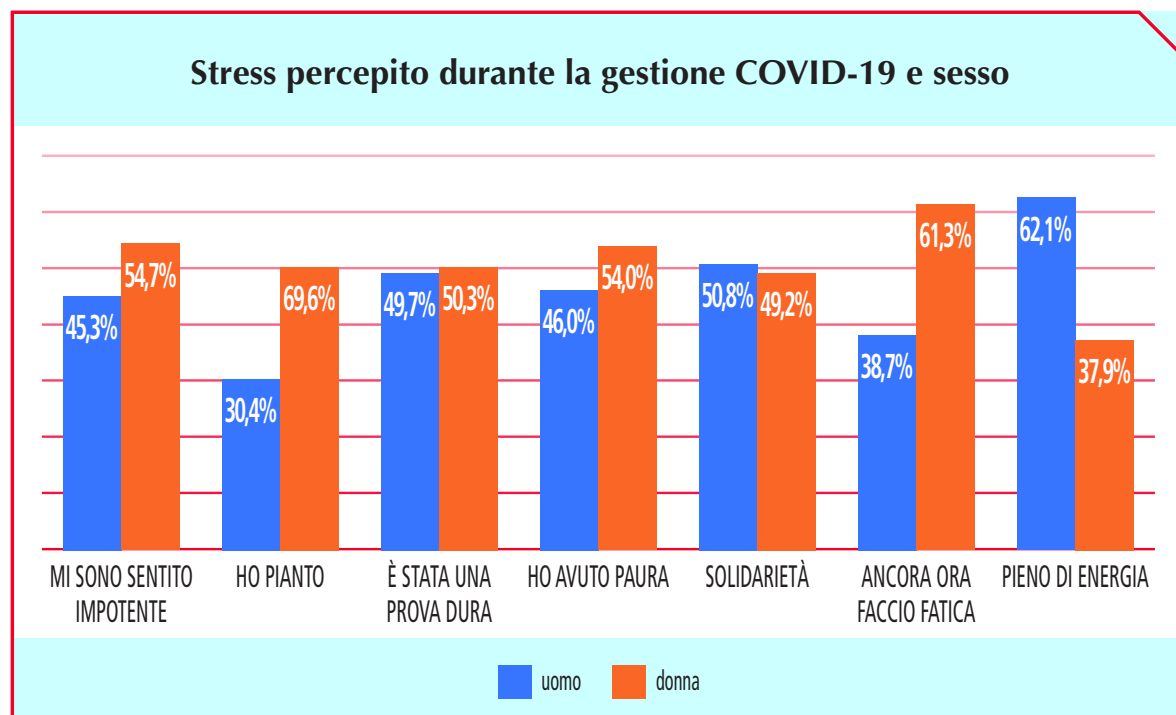
Anche il sesso influenza le risposte: le donne, rispetto agli uomini, manifestano un maggiore senso di impotenza di fronte alla malattia nuova, maggiore tendenza a manifestare sentimenti di tristezza, maggiore paura, maggior peso e persistenza dello stress seguito alla gestione della crisi (grafico 11; i dati sono presentati come percentuale di soggetti che hanno risposto “molto”).

Il confronto tra i punteggi medi tra i medici che hanno assistito e quelli che non hanno assistito pazienti COVID-19 mostra come i primi hanno conseguenze più significative sul piano psicologico (grafico 12).

L'entità del coinvolgimento clinico (indicato dal numero di casi gestiti) incide su alcuni elementi dello stress (i medici che hanno gestito più casi hanno avuto una sensazione più forte di svuotamento e tristezza e la percezione di aver affrontato una prova dura sul piano professionale).

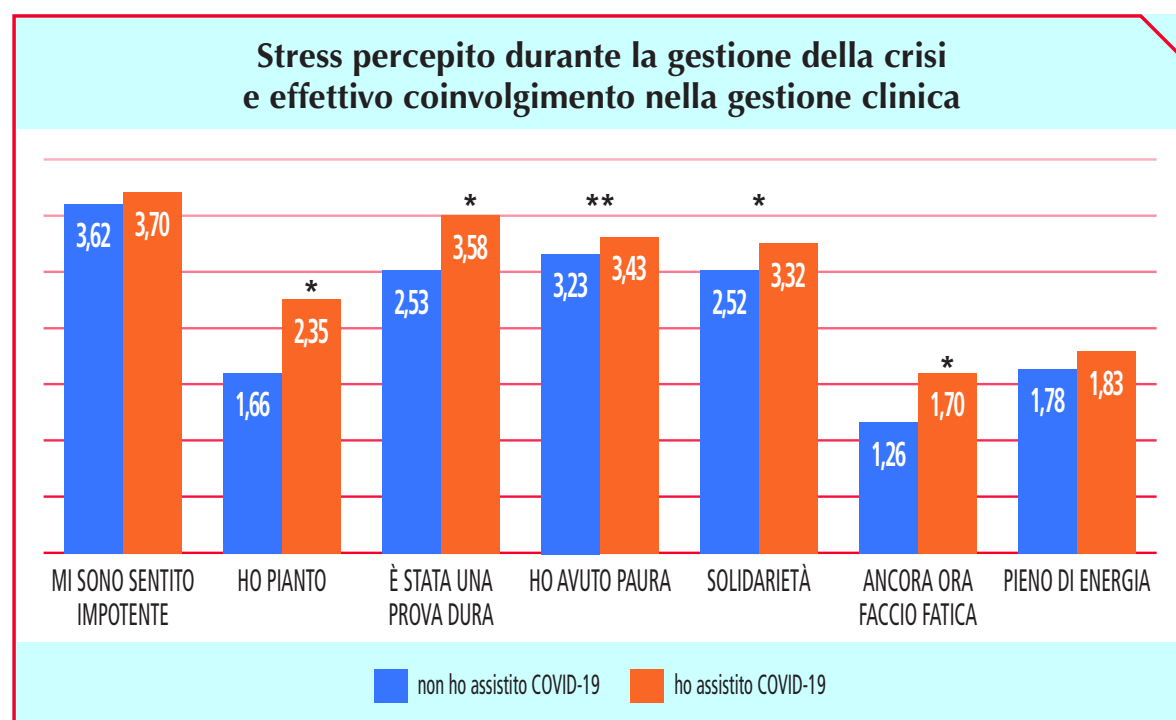
I medici che hanno avuto sintomi ascrivibili a COVID-19 hanno manifestato maggiore paura per sé e per gli altri, mentre per gli altri elementi di stress considerati non sono state osservate differenze.

GRAFICO 11



Le differenze sono statisticamente significative ($p < 0.001$) per quasi tutte le categorie.

GRAFICO 12



* $p < 0,001$

** $p < 0,03$ test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti

In sintesi.....

- Il coinvolgimento emotivo e lo stress dei medici di fronte alla epidemia COVID-19 è stato elevato, e oltre il 40% manifesta a distanza i segni psicologici di quanto vissuto.
- I medici più giovani e le donne hanno subito le maggiori conseguenze psicologiche dalla pandemia.
- I MMG soffrono in modo più marcato le conseguenze a lungo termine.
- I medici che sono stati coinvolti direttamente nella gestione dei casi hanno conseguenze più significative sul piano psicologico.

Il futuro

Abbiamo chiesto ai colleghi di fare ipotesi sul futuro della epidemia di SARS-CoV-2. Nella tabella che segue le risposte alla domanda “come pensi che si svilupperà la situazione epidemica nei prossimi mesi?” (tabella 10).

L’incertezza e gli scarsi elementi di conoscenza ci impediscono di prendere posizioni chiare ma appare evidente l’indicazione alla necessità di prepararsi ad ogni scenario per non essere colti impreparati.

Rispetto alle azioni più importanti da svolgere per il futuro le opinioni dei medici bresciani sono espresse nella tabella 11.

TABELLA 10

Come pensi che si svilupperà la situazione epidemica nei prossimi mesi?	
Si tornerà alla normalità perché vi sarà un progressivo calo dei contagiati	6,56%
Vi saranno nuovi picchi fino a che non avremo un vaccino	10,03%
Vi sarà un nuovo picco in autunno, poi la situazione si stabilizzerà	6,71%
Non abbiamo elementi di conoscenza certa per cui dobbiamo essere preparati ad ogni scenario	76,70%

Le azioni ritenute di maggiore importanza riguardano la possibilità di effettuare i tamponi per tutti i sospetti, anche al domicilio, e la necessità di dare maggiori risorse ai medici di famiglia per la gestione dei pazienti al domicilio (DPI, infermieri di famiglia, ecc.). Accanto a questo, l'aumento di numero e di funzione delle USCA e la disponibilità di adeguati luoghi per l'isolamento domiciliare sono elementi indicati da più della metà dei medici.

Sulla organizzazione delle strutture ospedaliere i medici esprimono un parere contrario al mantenimento di piccole unità dedicate ai pazienti COVID-19 in ogni presidio ospedaliero e non appaiono molto favorevoli alla istituzione di aree all'interno di pochi grandi ospedali, mentre prediligono l'ipotesi di istituire ospedali completamente dedicati a questi pazienti.

Infine, il giudizio sull'operato dell'Ordine dei Medici, espresso nella tabella 12.

TABELLA 11

Rispetto alla gestione della situazione sanitaria nel futuro, quali ritieni siano le principali azioni da svolgere? (più risposte possibili)

Dovrà essere possibile effettuare i tamponi per tutti i sospetti, anche al domicilio	93,13%
Vanno date maggiori risorse ai medici di famiglia per la gestione dei pazienti al domicilio (DPI, infermieri di famiglia, ecc.)	87,26%
Le unità speciali di continuità assistenziale (USCA) dedicate alla gestione dei pazienti al domicilio dovranno essere aumentate di numero e con maggiori funzioni	68,48%
Dovrà essere possibile effettuare l'isolamento domiciliare in luoghi deputati diversi dalla abitazione (es. alberghi, o residenze collettive)	61,31%
Dovranno essere istituiti ospedali completamente dedicati ai pazienti COVID-19	53,62%
Potranno essere istituite grandi aree all'interno di pochi grandi ospedali	38,84%
Dovranno essere mantenute piccole unità COVID-19 in ogni presidio ospedaliero	27,23%
La gestione dei pazienti COVID-19 dovrà essere esclusivamente specialistica	17,80%

Il giudizio complessivamente positivo della gran parte dei colleghi si accompagna in molti alla sensazione che l'azione si stia influenzando.

Una buona parte degli intervistati ritiene comunque che la sua azione abbia sostenuto l'attività dei medici (40%) e abbia positivamente influenzato la gestione dell'epidemia (10%).

Per il futuro la quasi totalità dei colleghi chiede che l'Ordine sia "più incisivo nel sottolineare le carenze del sistema" e non un ente di sola vigilanza.

TABELLA 12

Il ruolo dell'OMCeO nella gestione della crisi

L'OMCeO è stato poco attivo	7,60%
L'OMCeO è stato attivo, ma la sua azione è stata influente	42,25%
L'OMCeO è stato attivo e la sua azione importante per sostenere l'attività dei medici	40,05%
L'OMCeO è stato attivo e la sua azione ha positivamente influenzato la gestione dell'epidemia	10,11%

In sintesi.....

- Il futuro appare incerto, in assenza di sicuri elementi di conoscenza; appare largamente condivisa la necessità di prepararsi ad ogni scenario per non essere colti impreparati.
- Per il futuro sarà indispensabile avere la possibilità di effettuare i tamponi per tutti i sospetti, anche al domicilio, e fornire maggiori risorse ai medici di famiglia per la gestione dei pazienti al domicilio (DPI, infermieri di famiglia, ecc.).
- Per il futuro prevale la proposta di istituire ospedali completamente dedicati a questi pazienti.
- Per il futuro l'OMCeO dovrà svolgere un'azione ancora più incisiva per sottolineare le carenze del sistema.

Conclusioni

Lo strumento che è stato utilizzato per raccogliere le opinioni dei medici bresciani è necessariamente semplice, e di limitata profondità per valutare questioni complesse e in parte ancora irrisolte.

Nonostante ciò, l'indagine ha dato voce ad una proporzione significativa di colleghi (quasi 1 su 4 ha risposto) che hanno espresso liberamente la loro opinione su una vicenda drammatica, che ha visto tutti, volenti o nolenti, coinvolti.

I medici bresciani sono stati massicciamente coinvolti nella gestione della pandemia da SARS-CoV-2, tutte le categorie professionali, tutte le età hanno dovuto fare i conti con questa realtà che in poche settimane ha sconvolto la prassi quotidiana.

Il sondaggio ha confermato i problemi più volte segnalati da più parti e anche dall'Ordine (difficoltà ad eseguire i tamponi diagnostici, a reperire DPI, ad avere chiare e tempestive indicazioni cliniche), e il carico di disagio percepito soprattutto dai medici più giovani. In assenza di linee guida chiare abbiamo riscoperto la discussione e il confronto fra i colleghi come metodo di crescita e di affinamento delle conoscenze e delle decisioni cliniche, man mano confortate dalle indicazioni di società scientifiche.

Le indicazioni cliniche che pur sono state diffuse da ATS scontano la non tempestività.

Il sondaggio fa emergere chiaramente un giudizio negativo sulla gestione della fase territoriale, mentre riconosce che gli ospedali (sia sul piano organizzativo che su quello dell'impegno dei medici) hanno saputo reggere l'urto del grande e improvviso afflusso di pazienti.

Non è un giudizio sulle persone, ma un giudizio su un sistema organizzativo che ha depauperato il territorio di risorse e funzioni negli anni; la pandemia ne ha messo a nudo la debolezza. Vi è certamente la consapevolezza dell'eccezionalità del momento, ma la percezione di un mancato coordinamento istituzionale con scarse indicazioni operative è diffusa fra i medici.

La malattia ha colpito i medici bresciani nel corpo e nello spirito, ed ha lasciato ferite che non si sono rimarginate. Soprattutto fra i più coinvolti nella gestione clinica, fra i più giovani, fra le donne. Di questo si dovrà tener conto.

Dal sondaggio emerge l'incertezza sul futuro, la necessità di avere dati chiari, elementi di conoscenza più veri, indicazioni

operative più precise con la speranza che gli errori del recente passato non si ripetano.

All'Ordine dei Medici viene assegnato dai colleghi un compito chiaro, non limitato alla semplice vigilanza: quello di essere ancora più incisivo nella fase di analisi e di proposta. A questo mandato non ci sottrarremo.

CAPITOLO II

Forum

La medicina al tempo della pandemia

Testimonianze e interrogativi



Testo a cura di **Lisa Cesco**
giornalista, Ufficio Stampa Ordine

14 maggio 2020

Hanno partecipato in videoconferenza:

Gianpaolo Balestrieri,

Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano,

Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Gian Luca Bettini,

Medico di medicina generale

Angelo Bianchetti,

*Responsabile Dipartimento Medicina e Riabilitazione,
Istituto Clinico S. Anna, Brescia*

Silvio Caligaris,

*Responsabile Malattie infettive ad indirizzo tropicale,
Spedali Civili di Brescia*

Claudio Cuccia,

*Direttore Dipartimento Cardiovascolare e responsabile
Cardiologia, Fondazione Poliambulanza, Brescia*

Maria Lorenza Muiesan,

*Professore Ordinario di Medicina interna, Università degli Studi di
Brescia, Direttore Medicina Generale 2, Spedali Civili di Brescia*

Renzo Rozzini,

*Direttore Dipartimento Geriatria e responsabile Geriatria,
Fondazione Poliambulanza, Brescia*

La fine di febbraio del 2020 sarà una data che non dimenticheremo. La scoperta del “paziente zero” che ha portato il COVID-19 al cuore della Lombardia e delle nostre vite, l’ascesa dei contagi, lo sgomento e la disperazione negli ospedali, mentre l’Italia si preparava a un lungo lockdown. Non dimenticheremo i volti di medici e infermieri a fine turno, marchiati da mascherine indossate troppo a lungo, incorniciati dal pesante armamentario di protezione, stravolti eppure indomiti. L’emergenza li ha resi qualcosa di più degli ordinari curanti: si sono dovuti immaginare psicologi, confidenti, motivatori, strateghi dell’ultimo letto, per assicurare posti e chance in più ai malati, e sostituire quella prossimità degli affetti che il virus aveva bandito. Qualcuno rammenta commosso la prima volta che ha dato l’estrema unzione, qualcun altro confessa di aver contravenuto alle regole e fatto incontrare parenti che si trovavano ricoverati nello stesso ospedale per COVID-19, quasi tutti ricordano con dolcezza quei contatti con i malati attraverso gli scafandri, tanto goffi eppure così profondi. Li hanno chiamati eroi, roccaforti di un sistema sanitario in declino, fiaccato da troppi tagli e sostenuto dal sacrificio di chi non ha smesso di crederci. Loro si schermiscono e dicono di sentirsi semplicemente medici. Medici che hanno voluto esserci, nell’epicentro di questa emergenza, votati a quel “solievo dei malati” di ippocratica memoria. Abbiamo raccolto la loro testimonianza, che rappresenta un primo, importante affresco della pandemia ancora in corso.

«La pandemia di SARS-CoV-2 ha investito il nostro mondo con una violenza che non avevamo mai conosciuto nella nostra vita professionale. Gran parte di noi l’ha vissuta come una chiamata alle armi, al senso profondo della nostra identità di medici, ai nostri doveri verso i malati e verso i colleghi, pur nella consapevolezza del rischio personale sottolinea il direttore di Brescia Medica, Gianpaolo **Balestrieri** è emersa una capacità grande e forse inattesa di svestirsi da ruoli ben definiti, superando barriere specialistiche e

riscoprendo uno spirito di squadra. Ma l'esperienza drammatica di questo periodo ci interroga anche su altri aspetti, come il senso di impotenza, il non riuscire a fare qualcosa di significativo dal punto di vista tecnico e umano, come accaduto nelle RSA, che ha profondamente segnato medici e infermieri». «In questo momento in cui la tensione della pandemia si è allentata prosegue Balestrieri è opportuna una riflessione, ancora vicina ai fatti per essere viva, ma abbastanza lontana per spogliarsi di un coinvolgimento così totalizzante come quello delle prime settimane».

Cuccia: «È stata un'esperienza "conclusiva", talmente arricchente da lasciare la certezza che tutti gli anni dedicati a questa meravigliosa professione non sono stati sprecati. Il vantaggio maggiore lo trarranno i giovani, che hanno iniziato in questi mesi il loro lavoro di medico.

La pandemia ha insegnato che l'aspetto umano è fondamentale, anche se va coltivato aggrappandosi saldamente ai principi scientifici, un parallelismo che deve sempre esistere e sempre ci deve guidare. Vorrei citare le parole di Giancarlo Rastelli, negli anni '60 pioniere della cardiochirurgia pediatrica, primario della Mayo Clinic di Rochester, negli Usa: "La prima carità da offrire ai nostri pazienti è la scienza". Carità e scienza sono due principi indifferenziabili, che devono camminare sempre insieme. Da questa esperienza non ne usciremo tutti nella stessa maniera: in queste settimane di crisi ho visto uscire il meglio dai migliori e il peggio dai peggiori, e i migliori e i peggiori si sentiranno segnati in modo diverso, opposto.

Tornando a noi cardiologi, in Poliambulanza abbiamo lavorato un po' nelle retrovie, avendo coordinato un Hub di riferimento per la gestione dell'infarto (e contribuendo a quello della Cardiochirurgia e Chirurgia vascolare dell'intera Lombardia orientale). L'emergenza, e il sistema *Hub & Spoke*, erano un'opportunità per sentirci finalmente uniti, per lenire le contrapposizioni tra ospedali che ci accompagnavano negli anni; questo rapporto non è stato da tutti vissuto bene, a volte sembrava che ci si arroccasse in difesa dei propri territori. È stata altrettanto difficile la gestione del territorio, **ci siamo sentiti come se la casa della medicina fosse solo l'ospedale e il resto non esistesse**: una ferita che deve essere rimarginata, un ambito dove l'Ordine dei Medici potrà ricoprire un ruolo importante per affrontare le questioni organizzative rimaste senza risposta».

Maria Lorenza **Muiesan** ha vissuto il ciclone COVID dalla prima linea della Medicina del Civile, oltre che come docente universitario, al fianco dei suoi studenti che in questi mesi hanno attraversato la loro "linea d'ombra". È stato stravolto tutto quello che avevamo fatto fino alla settimana prima, e ci ha sorpreso la rapidità con cui è successo. Nessuno si aspettava che l'epidemia avesse una violenza simile: eravamo impreparati, ma ognuno ha fatto del suo meglio. Abbiamo riscoperto un nuovo spirito di squadra, grazie alla collaborazione prestata anche dai colleghi delle specialità mediche e chirurgiche apparentemente più lontane, che arrivavano in Pronto soccorso per il solo desiderio di aiutare.

Più difficile il rapporto con i malati: noi sigillati nelle tute protettive, sudati, con gli occhiali appannati e le mascherine, loro che non riuscivano neanche a muoversi nel letto, costretti a stare pronati per arrivare al 90% di saturazione periferica di ossigeno. **Quello che mi ha segnato sono stati i momenti in cui mancavano posti in Terapia intensiva, i ventilatori a disposizione non erano mai sufficienti. Era necessario decidere come curare al meglio pazienti di tutte le età.**

I ragazzi in formazione hanno inevitabilmente scontato la loro giovane età e l'impreparazione a vedere la morte in quella maniera. Abbiamo cercato di parlare, di rassicurarli: questa esperienza di vita li farà crescere».

Come usciranno da una pandemia ci ha posto di fronte ai limiti della medicina, al tabù della sofferenza e della morte? Ritorneremo quelli di prima o scopriremo priorità nuove? Renzo **Rozzini** non ha dubbi, e sceglie di andare controcorrente. «Torneremo esattamente come prima. Non cambieremo modo di operare. **In questa emergenza ha vinto l'organizzazione rispetto al sapere medico.** La complessità organizzativa ha prevalso, ed è stata in grado di salvare persone, più dei nostri strumenti. La malattia da COVID-19 è relativamente semplice, non insegna la complessità: la monopatologia ha dominato il quadro clinico, e in questo senso non ha rappresentato un grande stimolo professionale, quanto è stata forte e profonda, invece, l'esperienza umana. Non ha avuto, in altri termini, il *background* per stimolare un pensiero medico nuovo.

Abbiamo toccato con mano il contrario di ciò che avevamo predicato, che la medicina potesse essere onnipotente, posticipare all'infinito la morte. Questa pandemia ci ha posto davanti alla finitezza, ai limiti delle possibilità dell'arte medica. Ma il nostro futuro è il passato. E fra sei mesi torneremo a fare quello che facevamo sei mesi fa».

Discordante, sotto questo aspetto, l'esperienza di **Muiesan**: «All'inizio i pazienti sembravano tutti simili, presentavano dispnea e rantoli, ma con l'andare del tempo noi internisti ci siamo accorti che COVID-19 è una malattia ben diversa dalla semplice infezione polmonare. **Guardando meglio, i malati non erano tutti uguali**: ci siamo resi conto di altre complicanze, abbiamo moltiplicato i trattamenti, impiegando ad esempio l'eparina a basso peso molecolare con dosaggi diversi rispetto alla profilassi tradizionale. In questo senso la pandemia, nella sua drammaticità, ha rappresentato un forte stimolo professionale».

Anche sulla linea del territorio il virus ha sovvertito la quotidianità degli ambulatori dei medici di medicina generale. Gian Luca **Bettini** è uno di loro, ha scelto la via della medicina di gruppo, e di questi due mesi di emergenza dice «ho lavorato meno e ho lavorato di più».

«Le visite ordinarie si sono ridotte al minimo, gli ambulatori sono stati chiusi, mentre abbiamo visto pazienti selezionati, per poche visite, molto impegnative. Il mio modo di lavorare è stato stravolto, e ho dovuto imparare nuove modalità di lavoro da remoto, attraverso mail, messaggi WhatsApp e telefonate quotidiane agli assistiti che avevano bisogno di me.

Spostando lo sguardo dal mio studio al territorio, la disorganizzazione generale non ha aiutato: dal caos delle direttive disordinate all'assenza di piani strategici chiari per limitare i danni, dagli adempimenti burocratici eccessivi ai temi dell'Igiene passati in secondo piano. Fra i medici di famiglia c'è chi ha fatto il proprio dovere e chi è sparito. A pesare è stata anche la mancata comunicazione tra ospedale e territorio, insieme all'impossibilità di riuscire a ricoverare i pazienti. **Non avevamo linee guida chiare ed essenziali, mancavano i protocolli**. Lavorare nella medicina di gruppo ha aiutato, anche se su 9 medici 4 si sono ammalati. Per fortuna sono subentrati i giovani, che hanno dato un contributo prezioso».

Silvio **Caligaris** rappresenta i molti medici rimasti infettati dal Coronavirus mentre facevano il loro dovere. Ma prima di ammalarsi ha fatto in tempo a vivere le prime tre settimane, violentissime, della pandemia. «La mia prima fase l'ho vissuta come medico di trincea, sono stato il primo a ricoverare questi malati nel mio reparto di Malattie infettive ad indirizzo tropicale, che è dotato di stanze a pressione negativa: da noi arrivavano i più gravi. Nella mia storia

di medico specialista in malattie tropicali ho sperimentato scenari estremi, soprattutto in Africa, situazioni in cui l'ossigeno era disponibile per pochissimi malati, e bisognava decidere quale paziente attaccare. La sfida del COVID-19 è stata nuova e diversa, le prime tre settimane sono state devastanti dal punto di vista lavorativo e psicologico, iniziavamo alle 7.30 del mattino per staccare alle 9 di sera. Poi, il 7 marzo, mi sono ammalato anch'io: **il virus non l'ho preso dai malati, ma da una leggerezza, perché non credevamo alla sua facilità di trasmissione**, e ci siamo infettati tra noi medici, fra una riunione strategica e l'altra. Dopo il tampone e il ricovero è arrivata la diagnosi: polmonite bilaterale grave. Nell'arco di due giorni sono finito in Rianimazione, evitando di essere intubato ma provando tutti i tipi di maschere per l'ossigeno e un ampio ventaglio di farmaci. È stata lunga ed è stata dura, ora sono convalescente, fatico a riacquistare il tono muscolare. Ma mentre penso che il recupero è difficoltoso sono arrabbiato di non poter tornare in fretta a dare una mano ai miei colleghi».

Balestrieri: «A complicare le cose è stata la mancanza di una leadership scientifica complessiva, la difficoltà a mettere insieme i dati clinici. E a farne le spese sono stati i più fragili. Qual è l'impressione di un geriatra abituato a valutare e curare la multimorbilità, la compromissione funzionale, la fragilità di fronte ad un'infezione che ha fatto strage di anziani negli ospedali e nelle RSA?».

Bianchetti: «**Siamo passati dall'*Evidence based medicine* alla "*Facebook based medicine*"**: le indicazioni su trattamenti, dosaggi e gestione dei malati arrivavano più dai colleghi, condivise su Facebook, che da grandi lavori numerosi e controllati. Nell'emergenza si è passati ai lavori in versione pre-print, prima che fossero revisionati. Non sappiamo se abbiamo fatto bene o no, davanti a quella che abbiamo scoperto non essere una semplice patologia infettiva, ma una condizione più complessa, inizialmente sottovalutata.

Come condividere le informazioni resta uno degli interrogativi che dovremo approfondire, insieme a quello su chi deve "guidare" in situazioni come questa, segnate da una inusuale rapidità di evoluzione. È indubbio che ci vuole qualcuno che governi il sistema, che sia l'Università, l'Ordine o i rappresentanti delle categorie professionali: serve coagulare informazioni ed esperienze, per filtrarle e condividerle».

La pandemia ha anche capovolto i paradigmi su cui la moderna

geriatria declinava l'invecchiamento attivo. «Anziani che stavano bene, che andavano al bar, a fare le spese, curavano l'orto e tenevano i nipoti, si sono ammalati perché seguivano quelle regole che noi geriatri abbiamo sempre dato spiega Bianchetti è stato messo in crisi il nostro modello di fragilità, è emersa la forza della malattia. Gli anziani si chiudono in casa, ma quanto potranno resistere in questa situazione? Stare in casa, isolarsi dal resto del mondo, non vedere persone mette in crisi la nostra visione dell'assistenza, che si basava sulla partecipazione attiva dell'anziano. Per i più fragili, contagiati dagli stessi operatori o familiari, resta il rammarico di non essere stati capaci di proteggerli abbastanza».

I medici sono diventati gli eroi di questa pandemia, con applausi collettivi dai balconi e ringraziamenti pubblici. «Un impegno e una disponibilità senza risparmio, una grande dedizione che ha portato a lavorare in maniera strenua sottolinea **Di Stefano** Ho in mente le storie di dottoresse che per un mese e mezzo non sono andate a casa, di infermieri che non hanno sollevato alcuna obiezione a non saltare i riposi. Accanto a questa maggioranza c'è stato anche qualcuno pochi che si è comportato non bene, e questo mi ha molto amareggiato.

Ma **la percezione dominante delle ultime due settimane è che la nostra gente non ce la fa più**, e il rischio, dopo questa catastrofe, è che si inneschino negli operatori sanitari condizioni non molto lontane dalla sindrome da stress post-traumatico. Per questo non mi stancherò di ripetere che per il futuro bisogna rinfoltire gli organici già ridotti, per disporre di risorse nuove, indispensabili alla nostra sanità».

La sensazione di stanchezza è confermata anche dai partecipanti al Forum: sfinitimento e incertezza pesano più che nella fase acuta, e passata l'adrenalina che ha sostenuto nelle prime settimane è subentrato uno stress certamente più consapevole, ma anche più insidioso.

«Di eroi non ce n'è bisogno», ammonisce **Cuccia**, richiamandosi a Brecht, "Beato il popolo che non ha bisogno di eroi". **«L'eroismo, se di eroismo si vuole parlare, si è manifestato nella grande voglia di partecipare: nel mio reparto tre colleghi sono risultati positivi al COVID, così come la coordinatrice infermieristica, e il rimpianto più grande, per tutti loro, è stato di non poter partecipare al lavoro che si svolgeva in corsia. Non si preoccupavano della loro malattia,**

ma di non partecipare. Ribadisco che ciò che è affiorato in questa pandemia è stata la difficoltà di collaborazione tra ospedali. Un esempio per tutti, la linea di un confine inviolabile che si è tracciata tra Brescia e Verona. Non poter trasferire pazienti in condizioni critiche al di là del Mincio, non aver avuto il supporto di medici da ospedali meno coinvolti dalla pandemia, che avrebbero potuto dare una mano, è stato un errore, una profonda ferita, che come sistema dobbiamo rimproverarci. Non c'è bisogno di ricordare che si trattava di salvare vite».

Anche per **Muiesan** è stata «vergognosa la chiusura del confine tra Brescia e Verona, dove le Rianimazioni avevano posti liberi, mentre **dalla Lombardia i malati venivano spostati in Puglia o in Sicilia perché non ricollocabili**». Situazione che si è intrecciata ad uno dei lati oscuri di questa emergenza, l'interrogativo etico circa le scelte da compiere in carenza di ventilatori e posti in Rianimazione: il dilemma dell'ultimo letto, la decisione su chi intubare. «Un problema drammatico, soprattutto nel primo periodo conferma Muiesan dover decidere chi sì e chi no, anche per chi, dopo una lunga esperienza in corsia, credeva di essere pronto a certe scelte. Si è dovuto decidere in fretta, ed è stato difficile».

«Nessuno di noi è stato un eroe, ma abbiamo recuperato il senso del nostro ruolo», spiega **Bianchetti**. «Io ho avuto paura, di ammalarmi, di portare l'infezione ai miei cari, di non farcela. Ma **di fronte alla paura c'è stato uno scatto: se cediamo noi, chi resta?** Se non siamo capaci noi a dare una mano, a confortare? Bisognava dimostrare che l'ospedale regge: questa è stata una grande spinta. Abbiamo tenuto con molte sofferenze, la crisi viene adesso. Ora vedo infermiere piangere per quanta gente è morta. A puntellarci c'è stato il senso di responsabilità (penso ai giovani marchiati dall'esperienza vissuta, che conserveranno questo senso di responsabilità per tutta la vita), la collaborazione con i colleghi in ospedale: ora, quando vado a fare consulenze in altri reparti, ci osserviamo fra colleghi con uno sguardo nuovo. C'è un rispetto diverso, che dobbiamo mantenere».

«Una buona collaborazione in ospedale c'è stata assicura anche **Caligaris** Lo dico dopo aver vissuto questa esperienza non solo da medico, ma anche da paziente. Ricordo i rianimatori che venivano tre o quattro volte al giorno, così come gli altri consulenti. Gli infer-

mieri sono stati il non plus ultra, tra riposi saltati e turni raddoppiati: li dovevamo mandare noi a casa».

Se l'ospedale ha funzionato come gruppo, riscoprendo un forte senso di squadra e un impegno non scontato che ha permesso di andare avanti nella tempesta scatenata da fine febbraio com'è andata sul territorio?

«Abbiamo avuto paura, ma sentivamo il dovere di tranquillizzare i pazienti, prima di tutto con il nostro "esserci" racconta **Bettini** **Come medici di medicina generale ci siamo uniti ancora di più per aiutarci:** abbiamo aumentato le ore di presenza per supplire le carenze di chi si era ammalato, abbiamo aiutato i giovani che esordivano in questa epidemia, abbiamo condiviso linee guida e indicazioni passandocene con un tam tam tecnologico. In una parola, abbiamo fatto gruppo sul territorio. E non solo noi medici: c'è stato un periodo in cui farmaci come cloroquina e idrossicloroquina erano introvabili, e c'erano carenze di ossigeno, necessario ai malati. Ricordo farmacisti venuti ad aprire la farmacia di domenica per distribuire l'ossigeno. Questo ci ha uniti, anche se, di fondo, noi medici del territorio siamo stati isolati e non coordinati da chi avrebbe dovuto farlo».

Di Stefano: «Questa pandemia è stata catastrofica, l'unico precedente analogo è la Spagnola di inizio Novecento. Siamo stati sorretti dalla convinzione di essere in un posto in cui la gente ha alzato testa, cuore e mente per affrontare l'emergenza. **Tutto questo ci ha cambiati? Non so.**

So che abbiamo acquisito sul campo il diritto di essere protagonisti nel dire la nostra sul futuro della sanità e della medicina, e dobbiamo continuare a rivendicare quanto fatto.

Al di là della stanchezza (che è andata oltre i limiti) ci sono questioni emerse in modo dirompente: il rilancio della medicina del territorio, attraverso risorse e strumenti adeguati, il superamento dei difetti atavici dell'ospedale, il tema delle assunzioni, della sburocratizzazione. L'unica perplessità è che un domani, una volta che la buriana sarà passata, tutto quanto accaduto possa avere ancora la forza di incidere».

Cuccia: «Il rischio è di tornare come prima. Non possiamo farlo, non possiamo più tornare come prima. In questa emergenza, la rete di collaborazione tra gli ospedali ha mostrato tutti i suoi limiti, così

come era nulla nella fase pre-COVID. Bisogna riscrivere le regole di tale collaborazione, questa pandemia ce lo insegna, è un passaggio obbligato: bisogna fare gruppo, perché noi siamo un gruppo.

L'ospedale, il singolo ospedale, ha funzionato perché al proprio interno il lavoro si basa su un sistema gerarchico, mentre il territorio ha in parte fallito, mancando di un modello organizzativo di tipo collaborativo, un modello che va completamente rivisto, ricostruito. Sono passaggi irrinunciabili, la pandemia COVID è l'occasione che ci dice che le cose devono cambiare. Mi si conceda, infine, di rivolgere un pensiero agli infermieri, che sono stati gli incantevoli protagonisti dell'esperienza COVID, lo sono stati per il loro impegno, la loro disponibilità, la loro duttilità e competenza».

L'immagine finale, che apre alla speranza, la regala **Rozzini**: «Nella fase che stiamo vivendo ci sono due realtà da distinguere, l'epidemia virale e l'epidemia sociale. **Spesso le epidemie finiscono nella percezione sociale prima ancora che sul versante infettivo:** succede quando la comunità non ce la fa più. A raccontare questa transizione, più di mille parole, è un'istantanea colta sulla soglia dell'ospedale, la mattina presto, ad inizio turno. Finora si entrava tutti distanti, ognuno isolato nella sua bolla protettiva. In questi giorni ho osservato le ragazze in ingresso, dottoresse, infermiere, operatrici, i vestiti leggeri, le gambe scoperte quasi a salutare l'arrivo della bella stagione. Dopo tanto tempo, avevano ricominciato ad incedere a crocchi, per scambiare due chiacchiere prima dell'inizio della giornata: stava finendo l'epidemia».

CAPITOLO III

Analisi

La pandemia e i valori dei medici

maggio 2020



Antonio Panti
*Medico Medicina
Generale in
pensione
già Presidente
Ordine dei Medici
Firenze*

Il racconto della pandemia a Brescia e nelle provincie vicine meriterebbe la penna di un novello Manzoni. Una narrazione tragica dove alla somma degli errori collettivi pone straordinario rimedio l'illimitata dedizione dei singoli: la voce dei colleghi lombardi è del tutto diversa dal racconto di ogni altra parte d'Italia. Per questo urge riflettere sui fatti bresciani, per trarre qualche insegnamento, nel bene e nel male, sul futuro della sanità.

C'è un'aporia: le stesse persone che hanno provocato le tante criticità emerse con la pandemia ora dovrebbero trovare le forze, l'ingegno e i finanziamenti per correggerle. Un'impresa ardua ma ora è il momento dell'ottimismo, della volontà e quindi andiamo avanti.

La pandemia ha sconvolto il mondo non come una lunga guerra, ma simile a un inaspettato terremoto e ha messo a durissima prova la resistenza e la resilienza dei cittadini e del servizio. Il sistema sanitario avrebbe dovuto essere più preparato, i piani pandemici esistono, ma tutto il mondo pensava a altro, al consumismo, allo sfruttamento delle risorse naturali, all'aumento del PIL, nonostante i tanti avvertimenti; da anni si parla di antropocene e si sa che il mancato rispetto della biodiversità provoca le zoonosi e che contro queste non abbiamo molte armi se non gli antichi provvedimenti di sanità pubblica, le quarantene, anzi il *lockdown* come si dice oggi.

In un mondo complicato e complesso, di gravissime disuguaglian-

ze, solo il servizio sanitario pubblico ha saputo reagire con efficacia, contenendo i danni senza accentuare le disparità sociali. Tuttavia, questo ultra piccolo essere ha sconvolto il mondo e ha costretto a scegliere tra la salute, anzi la sopravvivenza, e la produttività economica; una cesura epocale, un richiamo alla *hybris* umana, uno stop alle magnifiche sorti e progressive, anche se la scienza ha reagito assai bene e si parla già di vaccino.

È apparso subito evidente quale fosse il ruolo dei medici di fronte a un simile pericolo, un ruolo fondamentale di conoscenza scientifica e di competenza terapeutica. Ora, nella fase 2, quando nuovamente prevale l'economia sulla sanità, ci troviamo in un mondo sospeso tra un prima e un dopo e tutti vorremmo una differenza in meglio e non un acuirsi dei vecchi conflitti sociali e politici. Almeno lo speriamo.

Nel mondo di prima i medici erano assai scontenti e serpeggiava un vistoso *burn out* per l'eccesso di burocrazia, per il fallimento del governo clinico, per la politicizzazione del servizio. In questo quadro di per sé confuso la pandemia non è apparsa come un improvviso cataclisma, è il sistema che ha mostrato la sua mancanza di *preparedness*. E i medici sono stati sommersi e mandati allo sbaraglio senza protezioni e purtroppo hanno pagato un prezzo altissimo di morti e di infetti.

E ora? Dopo tante proclamazioni di eroismo siamo ancora a discutere dello "scudo penale" perché aver assistito la gente a rischio della vita potrebbe non fermare l'ansia di giustizia di tanti illustri giuristi, pronti a chiedere risarcimenti.

In realtà in pochi giorni gli ospedali sono stati riorganizzati e grazie alla dedizione di medici e infermieri e del personale tutto si è riusciti a far fronte allo tsunami dei ricoveri. Nello stesso tempo i medici di famiglia, cui un improvvido decreto ordinava di praticare una sorta di telemedicina, alla quale alcuni si sono fin troppo adeguati, pur senza protezioni e sostegni riuscivano a trattenere e a trattare a domicilio numerosissimi casi garantendo la tenuta dell'ospedale.

Un collega mi raccontava di aver curato a casa dodici polmoniti e averne ricoverate otto: quasi un ritorno al piacere di sentirsi medico a tutto tondo, alla serenità del dovere compiuto.

E ora? Ora che le cose presenti ci offendono e le future ci minacciano come dice Machiavelli nell'"Epistola sulla peste"?

Intanto la pandemia ha inventato ancora più burocrazia e, al di là del proclamato eroismo, nessun riconoscimento per il personale è

stato proposto; la stanchezza dopo tanto impegno può provocare un senso di frustrazione che peggiora quello strisciante *burn out* che già affliggeva i medici.

I medici sono stanchi non per quel che han fatto ma per quel che vorrebbero poter fare, lavorando in serenità e nel riconoscimento dell'opera compiuta.

Ed è giusto fare un discorso a parte per i medici generali. Ad essi è mancato ogni sostegno organizzativo e politico. Le USCA, provvidenziali per quel che sono riuscite a fare, hanno creato la sensazione di una specie di servizio parallelo alla medicina generale, spesso è mancata la continuità assistenziale e i servizi di base infermieristici e di assistenza sociale hanno mostrato tutta la loro debolezza. Si ha l'impressione che la percezione collettiva sia stata inferiore al sacrificio e all'impegno dei medici generali.

I medici non vogliono che i provvedimenti presi sull'onda dell'emergenza si sommino alla situazione precedente senza avviare un concreto processo riformatore dei servizi territoriali, senza di cui lo sforzo autonomo e volontario della categoria porterebbe a delusione e rabbia. E non ce n'è bisogno.

I medici lombardi hanno espresso il loro parere professionale e scientifico in documenti resi pubblici dai mass media. Un parere assai serio che implica un'assunzione forte di responsabilità da parte dell'autorità sanitaria. Mentre ci auguriamo che non vi siano ondate di ritorno della pandemia, è urgente riprendere in mano l'assistenza ai cronici dalla quale dipende il livello di salute della popolazione.

Due dovrebbero essere le direttrici di cambiamento per rendere ragione all'immane lavoro compiuto dai medici.

Intanto la strutturazione del territorio in veri e propri presidi in cui operino *team* assistenziale coordinati dal medico generale e dotati di segreteria e di un numero sufficiente di infermieri e di assistenti sociali, collegati coi servizi specialistici e ospedalieri. È inutile costruire cattedrali faraoniche e depauperare il distretto che rappresenta lo strumento per combattere e arrestare qualsiasi episodio epidemico. Per non dire dell'abbandono dei servizi residenziali per gli anziani.

Nello stesso tempo occorre riconoscere la qualità del lavoro medico valutandone contrattualmente i risultati; tra chi ha risposto al telefono e chi è andato nelle case a curare i pazienti di COVID la differenza non può essere ignorata.

I valori che ispirano il Codice Deontologico sono quelli della Co-

stituzione e del servizio sanitario: l'universalità del diritto alla tutela della salute e l'uguaglianza delle prestazioni. Grazie a tutti i professionisti della salute questi principi sono stati onorati e non dobbiamo disperdere questo patrimonio etico. Con la stessa forza con cui i medici hanno affrontato la pandemia denunciando le inadempienze dei politici ora dobbiamo difendere i valori della professione contro ogni demagogia.

Verso una medicina di comunità

La lezione di COVID-19 e le strategie per valorizzare il territorio

1 giugno 2020

*Confronto con
Fulvio Lonati,
Presidente di
APRIRE,
intervistato da
**Ottavio Di
Stefano**, Presidente
dell'Ordine dei
Medici, e **Gianpaolo
Balestrieri**, Direttore
responsabile di
Brescia Medica*

I giorni più bui dell'emergenza COVID-19 hanno aperto una riflessione sull'importanza dei servizi territoriali. In Lombardia sono emerse le carenze sul fronte della prevenzione e le difficoltà incontrate dalle cure primarie, che la pandemia ha sorpreso senza adeguati strumenti di risposta. Ma anche la consapevolezza che dal territorio è necessario ripartire, per assicurare efficaci politiche di salute pubblica in una prospettiva di lungo periodo.

Brescia Medica ha interpellato sul tema Fulvio Lonati, alla luce della sua lunga esperienza nell'ambito delle cure primarie e della medicina territoriale.

Lonati è presidente e animatore dell'Associazione APRIRE Assistenza PRimaria In REte Salute a Km 0, realtà no profit di promozione sociale attiva dal 2015, che coordina le attività di APRIREnetwork, rete di persone che partecipano alla "costruzione collaborativa" e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi per valorizzare l'assistenza primaria.

«In questa fase dell'epidemia il network di APRIRE è stato molto attivo, guardando con attenzione agli interventi sulle RSA e alla fragilità del sistema residenziale, e aprendo spazi di condivisione di esperienze e criticità», spiega il direttore di Brescia Medica, Gianpaolo Balestrieri.

Alle spalle Lonati ha un lungo percorso lavorativo all'interno di Asl

Brescia (ora Ats), dove è stato direttore, fino alla pensione, del Dipartimento di Cure Primarie. «Da questa posizione ha dato un impulso rilevante alla costituzione di un modello bresciano di Governo clinico delle malattie croniche prosegue Balestrieri attraverso l'utilizzo di banche dati, per realizzare una continuità assistenziale tra ospedale e territorio e contribuire alla costruzione dei PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali)». Oggi consulente a titolo gratuito di Ats Brescia, Lonati partecipa alla Cabina di regia attivata presso Ats per la gestione della pandemia COVID-19 e fortemente voluta dall'Ordine dei Medici.

Di Stefano: «Nella Cabina di regia abbiamo condiviso lo spirito dell'andare avanti, nonostante le difficoltà del momento. Qual è stata la tua esperienza di questo periodo, cosa ti resta e qual è la cosa che ti ha colpito di più?»

Lonati: «L'elemento dominante è una profonda amarezza. Ho visto le nostre realtà, i nostri servizi abbandonati. Ho in mente un'immagine chiara dei servizi sanitari e sociali come un organismo unico, che ha bisogno di essere coordinato e governato. Un sistema che pone l'assistito al centro, perché la persona rimane il punto di riferimento primario. Ma per funzionare richiede una regia, che purtroppo in queste drammatiche settimane di emergenza è mancata.

Ciò che non viene percepito, nell'immaginario collettivo, è l'idea che attorno alla nostra salute ruotino tanti attori. Quando si parla di salute la prima immagine che viene in mente sono ospedali, pronto soccorso, sale operatorie. Dimenticando che **esiste un mondo articolato di servizi che sono al di fuori dell'ospedale, e che andrebbero riconosciuti e valorizzati**: pensiamo alle Rsa, e alle difficoltà incontrate con la pandemia, pensiamo alle strutture per disabili, ai centri di riabilitazione per tossicodipendenti, alle residenze psichiatriche. Mondi che dall'osservatorio comune sono visti come entità inconsistenti. Ci batti la testa solo quando sei coinvolto, perché hai un problema.

Con l'emergenza COVID-19 è stato avvilente vedere come non sia stata tracciata una direzione: si è dato per scontato che ciascuno dovesse arrangiarsi. Senza dare indicazioni, senza creare una rete di collegamento, si è lasciato che ciascuno trovasse da sé la strada per dare risposte, un compito arduo per realtà come, ad

esempio, le Rsa che spesso hanno dimensioni contenute. Per cercare di aiutarle a “trovare una strada”, con APRIRE abbiamo stilato un documento per indicare procedure di riferimento. Per fornire invece indicazioni univoche ai medici di famiglia bresciani, in collaborazione con le diverse componenti, si sono individuate, presso l’Ats, linee operative di riferimento; ma con quanta fatica!

Credo che tutto questo abbia a che fare con la filosofia di fondo adottata da Regione Lombardia, che prevede per i cittadini la libertà di scegliere in ambito sanitario, e lascia agli enti che offrono servizi la libertà imprenditoriale su cosa fare e come farlo. **È la logica del libero mercato, che in sanità diventa una logica problematica.** Tanto più in Lombardia dove c’è stato il fraintendimento di una impostazione liberale. Non si tratta cioè di assicurazioni onnicomprensive in competizione tra loro, come avviene ad esempio in Germania, ma che si prendono in carico il tutto, a partire dal nodo cruciale della prevenzione. In Lombardia tutti hanno diritto all’assistenza con il Servizio Sanitario, che però si avvale di una miriade di enti in competizione tra di loro, con un prevedibile sfaldamento degli interventi, impossibili da coordinare. Esempio emblematico è l’assistenza domiciliare, fatta da molti erogatori in competizione, mentre il malato complesso, che avrebbe bisogno di una serie di prestazioni coordinate, rimane sullo sfondo e deve “arrangiarsi” con la sua famiglia a ricomporre i vari pezzi.

Lo stesso “scollamento” lo abbiamo vissuto con COVID-19: qualcuno faceva i tamponi, altri le analisi epidemiologiche. È mancata la catena di comando, e ciascun singolo ente è stato delegato a farsi carico di tutte le responsabilità, anche quelle “sopra di lui”. Per questo sono molto preoccupato, ancora non vedo un disegno organico».

Balestrieri: «La Lombardia è stata investita dalla tempesta COVID con una concentrazione di contagi tanto massiva che ne ha fatto un unicum rispetto a ogni altro ambito. Possiamo mettere in campo strumenti perché tutto questo non si ripeta? E in particolare, una volta superata l’emergenza, c’è una possibilità concreta che i distretti, “sentinelle epidemiologiche” del territorio, possano recuperare quel ruolo che è stato penalizzato in quest’ultima fase?».

Lonati: «Scontiamo la tendenza a sviluppare organizzazioni “sovra-locali”, con una visione da “supermercato specialistico”, piuttosto che a rispondere ai problemi tramite servizi radicati al

proprio territorio. A Brescia, rispetto ad altre province lombarde, negli ultimi decenni eravamo riusciti a mantenere una presenza distrettuale ma, con la legge 23 del 2015 che ha riformato il sistema sociosanitario in Lombardia e con l'avvento delle Ats e Asst, i distretti hanno subito un progressivo smantellamento. Si è puntato sulle economie di scala, con grosse realtà gestionali e costi bassi, ma si è persa la contestualità del territorio.

Anche le cooperative di medici di medicina generale potrebbero essere utili, ma solo se collocate nel territorio, a differenza di quanto accade ora, con cooperative che travalicano addirittura le province e vengono messe in competizione invece che **costruire una lettura di comunità**. Con il rischio che, senza distretti, i medici di famiglia rimangano soli, senza collegamenti con gli altri attori del proprio territorio.

Allo stesso modo avviene con la programmazione regionale, con l'ingresso di grandi gestori, entità extraregionali che sono divenute operative in regione. **È come se mancasse del tutto la capacità di vedere il territorio come luogo di integrazione e prevenzione "a monte"**. Pensiamo ad esempio alla salute mentale, e all'importanza di avere punti di ritrovo accoglienti, che possano favorire dimissioni più precoci dei pazienti. E ancora al contrasto delle dipendenze e al controllo del bullismo, che trovano validissimi alleati nei centri di aggregazione giovanile, nelle biblioteche, in una rete di attività e riferimenti. Una struttura distrettuale sarebbe di grande aiuto».

Balestrieri: «I sindaci delle nostre comunità si sono sentiti spesso isolati. Come vedi il legame tra organizzazione amministrativa comunale e sanità, che rappresenta un altro aspetto ancora trascurato?».

Lonati: «L'aspetto più critico lo vedo nella mancanza di una comunicazione efficiente e razionale. Durante le fasi più acute dell'epidemia non siamo stati capaci di trasmettere un'interpretazione chiara dei dati, con una diffusione quotidiana di una ricca messe di informazioni che però confondevano incidenza, prevalenza, totale dei casi, tamponi diagnostici e tamponi di controllo. **C'è stata una confusione informativa che ha impedito di capire e collocare gli eventi**, a partire dal mancato riferimento alla data d'esordio dei sintomi. Una scarsa chiarezza che si è riverberata sugli attori periferici, come medici di medicina generale, farmacisti, Rsa, Comuni,

rimasti scollegati e in balia di problemi interpretativi cui trovare risposte.

In prospettiva si dovrà rivedere la riforma sanitaria che ha estromesso i Comuni dal poter influire su queste tematiche centrali per la comunità. Purtroppo, non vanno però trascurati nemmeno i meccanismi del consenso elettorale, che portano ad agire più per essere visibili che per risolvere i problemi: possono generare divergenze tra sindaci e aziende sanitarie, così come tra il livello nazionale e quello regionale.

Di fondo comunque rilevo la mancanza di un sistema informativo lineare e preciso, che avrebbe potuto aiutarci a confrontarci meglio, evitando equivoci e fraintendimenti e, soprattutto, ad individuare chiaramente le responsabilità».

Di Stefano: «COVID-19 ci ha insegnato che è necessario passare dalla medicina individuale alla medicina di comunità. Da qui corre il rilancio della figura del medico di medicina generale come attore di una “medicina d’iniziativa”. È necessario cambiare l’approccio sul territorio, dove medici convenzionati e liberi professionisti, dipendenti e specialisti devono lavorare insieme.

C’è poi il problema della “pandemia parallela”, gli effetti sul benessere psichico dei medici che l’emergenza COVID porterà con sé, e che si aggiungeranno ai già alti livelli di stress e burnout riscontrati negli operatori sanitari, alle prese con tempi clinici ristretti e ridondante burocrazia.

Nel complesso si percepisce una necessità di rinascita del medico di medicina generale, qual è la tua opinione al riguardo?».

Lonati: «A Brescia nella Cabina di regia si sono viste grandi potenzialità nel ruolo del medico di medicina generale; in Regione temo di no. Penso che i medici di famiglia ma anche le farmacie, l’altro servizio capillarmente presente vadano valorizzati perché, essendo attori a proiezione territoriale ubiquitaria, sono come delle piccole nazioni che sono responsabili di tutta la popolazione dei loro assistiti, con il compito di **curare bene sia il singolo, sia l’insieme**. E con il Governo clinico, se ciò che si fa viene documentato mediante la registrazione informatica, viene riletto in modo sistematico, su tutta la popolazione assistita, permettendo anche il confronto con i colleghi: i numeri diventano indicatori preziosi e di valore scientifico. I medici lo hanno compreso e, a Brescia, non a caso sono più propensi al cambiamento.

Anche in questa pandemia **il medico e il pediatra di famiglia con la segnalazione di casi sospetti avrebbero potuto rappresentare una chiave di volta della sorveglianza epidemiologica**; forse ora si è riusciti ad attivare tale modalità attraverso le segnalazioni sulla piattaforma delle malattie infettive. Se a livello nazionale tutti i medici segnalassero i casi sospetti, e se tali segnalazioni fossero razionalmente gestite, avremmo già un quadro della situazione aggiornato e di grande rilevanza. In altre nazioni, dove il sistema si basa sulle assicurazioni, non lo si potrebbe fare; da noi sì: avremmo delle “antenne” intelligenti, capaci di intercettare sistematicamente tutta la serie di situazioni.

Un discorso analogo va fatto per le farmacie, che sono un riferimento per tutta la popolazione e andrebbero ottimizzate in modo lungimirante valorizzando le professionalità presenti. Coinvolgendo le diverse figure in una logica di governo clinico anche questa pandemia avrebbe potuto contare su un “osservatorio” sistematico del territorio. Interdisciplinarietà e documentazione informatica in tempo reale degli interventi fatti, per consentire un recupero immediato dei dati evitando rendicontazioni a posteriori: così sarebbe tutto più semplice ed efficace».

Spostando lo sguardo al futuro, una volta superata l'emergenza COVID-19 bisognerà riprendere le fila dell'assistenza alle cronicità che caratterizzano il nostro tempo, insieme all'invecchiamento progressivo della popolazione. Quali i passi da compiere per incentivare la capacità di risposta del territorio?

Lonati: «È necessario rivalutare il distretto come luogo di integrazione di tutti gli attori del territorio. Oggi abbiamo distretti troppo ampi, che arrivano al mezzo milione di abitanti; si dovrebbe puntare a un dimensionamento tra i 50 e i 200 mila abitanti, e dare ai medici di famiglia le giuste coordinate per lavorare insieme. Penso a bacini non troppo grandi, ad esempio in cui operino 70 MMG per 100 mila abitanti, scelta che consentirebbe una conoscenza ed un confronto reciproco periodico. Con questa veste il distretto potrebbe ritornare ad essere per il futuro un elemento forte, che permette di costruire macro-équipe di lavoro sul territorio.

Un altro aspetto cui rimettere mano è la separazione tra Ats e Asst. L'Ats-Agenzia di Tutela della salute si è rivelata essere non un'entità di governo effettivo, che è in capo alla Regione, ma piuttosto un'agenzia chiamata a veicolare decisioni. Le Asst Aziende socio

sanitarie territoriali sono erogatori cui la legge di riordino attribuisce anche una funzione di coordinamento, tuttavia non supportata da corrispondenti strumenti. **Sarebbe utile organizzare le Asst con un'articolazione su veri ambiti distrettuali, per coordinare il territorio** e dotarle di reali strumenti di coordinamento e governo di tutti gli attori presenti, sanitari e socio-sanitari, ospedalieri e territoriali, pubblici e privati.

È emblematica la vicenda del Dipartimento di Prevenzione: nella vecchia Asl poteva contare su un pool di operatori che con la riforma sono stati ripartiti, nel caso bresciano, su quattro diversi enti, con una frammentazione che non facilita certo i compiti, specialmente all'Ats che peraltro si è trovata svuotata di parte delle funzioni di governo locale. Specularmente, le Asst sono oggi chiamate a confrontarsi con una visione "olistica" del malato, dedicando qualcosa come il 70% delle risorse a pazienti anziani poli-problematici che richiedono uno sguardo molto più ampio. Per questo gioverebbe rimettere in discussione la separazione tra Ats e Asst, dando a queste ultime il governo del territorio, oltre al compito di "erogare prestazioni".

In questo cambiamento si inserisce anche il tema della programmazione pubblica e del ruolo del privato in sanità (da rilevare che in questa emergenza i privati sono entrati in un secondo tempo, solo sul versante ospedaliero, mentre la fase della prevenzione e dell'isolamento dei focolai è rimasta in capo al pubblico). Ben venga, quindi, il privato, ma fortemente governato, inserito cioè in una cornice di programmazione precisa, dettagliata, orientata prioritariamente alla prevenzione, primaria, secondaria e terziaria».

La Radiologia durante l'epidemia e in prospettiva

maggio 2020



Roberto Maroldi

*Direttore U.O.
Radiologia
Diagnostica 2,
Spedali Civili
di Brescia*

Venerdì 28 febbraio 2020, unità di crisi degli Spedali Civili. Si decide di affrontare il super-accesso di pazienti al PS allestendo una tensostruttura di fronte all'edificio della lavanderia. All'interno del quale, lunedì 2 marzo viene installata un'apparecchiatura radiologica portatile per effettuare radiogrammi del torace. Il suo noleggio scade proprio tra una settimana. Nell'arco di 4 mesi, si eseguono oltre 6000 radiografie del torace a pazienti COVID-19 tra tensostruttura e radiogrammi al letto, nei reparti dell'ospedale. Nei "giorni più bui", i tecnici di Radiologia 2 acquisiscono fino a 200 radiografie del torace al letto. Bardati nei loro DPI, due tecnici per ciascun apparecchio portatile: indossare la protezione individuale, posizionare il "plate", scattare la radiografia, pulire l'apparecchio, passare al nuovo paziente. Un ciclo da 15 minuti, ben più dei 5 minuti per paziente necessari in condizione di normalità.

Anche se meno sensibile della TC, il radiogramma del torace è risultato il pilastro dell'informazione in immagini.

Per due ragioni. In tensostruttura, integrato ai dati clinici, è stato fondamentale nella decisione di ricoverare o meno. Nei reparti-COVID e in Terapia Intensiva, è stato ottenuto senza dover movimentare pazienti in assistenza respiratoria verso la Radiologia (e ritorno), come la TC avrebbe invece richiesto.

In realtà c'è anche una terza ragione. Abbiamo ideato un punteggio per classificare la gravità della polmonite (0-18) che contemporaneamente indicasse sia in quale area del polmone (3 settori

***I giorni della
pandemia***

per lato) sia con quale entità (da 0 a 3) le lesioni erano valutate dal Medico Radiologo. Un punteggio ampiamente utilizzato dai Clinici, perché l'informazione era sintetica e quantitativa: gravità, miglioramento, peggioramento indicati chiaramente attraverso le variazioni di un punteggio numerico. Inoltre, il *Brixia Score* è risultato essere tra i parametri predittivi di mortalità nei pazienti ricoverati.

La TC, oltre a dirimere i casi dubbi del PS (clinica indicativa, radiografia negativa o dubbia), ha avuto un ruolo decisivo nell'affrontare una manifestazione della malattia COVID-19 all'inizio non chiara: la tromboembolia. La tromboembolia polmonare in particolare, ma non solo questa. Infatti, numerosi sono stati i casi di trombosi di arterie non cerebrali con conseguente ischemia intestinale, di arto, ecc.

Disponendo di una TC a doppia-energia, abitualmente acquisiamo, oltre alla rappresentazione della pervietà delle arterie polmonari, anche una mappa di "perfusione vascolare" del polmone (mappa di distribuzione polmonare dello iodio). Come atteso, nelle mappe dei pazienti COVID-19 le aree di alterazione interstiziale ("*ground glass*") e di consolidamento alveolare sono state caratterizzate da ridotta o assente perfusione arteriosa per lo *shunt* del flusso vascolare. Ma in molti pazienti COVID-19 esaminati per sospetta embolia, negativi alla TC convenzionale (arterie polmonari pervie anche a livello sub-segmentario), la mappa di iodio è risultata fortemente non-omogenea: indizio di una possibile alterazione di perfusione di vasi con calibro inferiore alla soglia TC (pubblicazione in corso).

Il post-pandemia: la Diagnostica per immagini e il follow-up

Giovedì 11 giugno 2020, un *webinar* organizzato da OMS Ginevra sul *follow-up* dei pazienti COVID-19 vede presenti internisti, infettivologi, intensivisti e altre specialità, da Bergamo a Milano, da Brescia allo Spallanzani. Denominatori comuni dei progetti di *follow-up*: il paziente "ospedalizzato" va rivisto a distanza di 3, 6 mesi, anche 1 anno per alcuni. Per priorità si dovrebbero arruolare prima i pazienti che hanno avuto forme più gravi di COVID-19. Ma la stratificazione di gravità OMS prevede informazioni, quali la PaO₂/FiO₂, spesso di difficile recupero. Il suggerimento pragmatico nel *webinar* è di stratificare in base al livello più grave di assistenza ventilatoria resasi necessaria.

A questo proposito, non va dimenticato che una frazione dei pazienti dimessi nei "giorni bui" aveva un quadro residuo di iperinflammatione. Al quale, dati su oltre 1000 pazienti degli SCB, era

associato alla dimissione uno *score* radiologico polmonare piuttosto elevato (superiore a 11/18 nel 10% dei dimessi). Il “residuo” della tempesta di citochine. Si può quindi ipotizzare che, in una quota di pazienti dimessi, la fase di recupero possa essere stata complessa.

Sia per il gruppo *follow-up* degli SCB sia per i partecipanti al *webinar*, il *follow-up* è incentrato sulla valutazione clinica. Che include la funzionalità respiratoria e l'accertamento radiologico: radiografia o TC? L'orientamento, basato sulla gravità della fase acuta ospedaliera, è il seguente:

1. paziente con pregresso quadro polmonare di entità moderato:
 - a) se la rivalutazione clinica, i test di funzionalità e il radiogramma sono “normali”--> paziente al successivo *follow-up* (6 mesi);
 - b) se la clinica (TVP?), i test di funzionalità o il radiogramma sono anormali, utile:
 - TC (senza mdc) ad alta risoluzione nel sospetto di non completa regressione dell'interstiziopatia, di evoluzione verso fibrosi o polmonite organizzativa;
 - eventualmente integrato nella stessa seduta da TC con protocollo per embolia polmonare (somministrazione di mdc);
 - c) il *follow-up* di pazienti che abbiano avuto embolia polmonare durante la fase acuta del ricovero ospedaliero, oltre al periodo di trattamento anticoagulante, necessita di monitoraggio (potenziale insorgenza di ipertensione polmonare): radiogramma del torace, eventuale TC (alta risoluzione + protocollo embolia polmonare);
2. paziente con pregresso quadro polmonare di grave entità:
 - a) se la rivalutazione clinica, i test di funzionalità e il radiogramma sono “normali”--> paziente al successivo *follow-up* (6 mesi);
 - b) se persistono sintomi respiratori o il radiogramma del torace non è negativo: integrazione di TC (alta risoluzione + protocollo embolia polmonare) con test al CO, ecocardiogramma.

Quali risorse mediche, infermieristiche e logistiche (modalità di richiamo dei pazienti, locali di visita, prenotazione/agende di esami di laboratorio e radiologici) sono rese disponibili dalla ASST Spedali Civili (e da Regione Lombardia)? Come organizzare un “ambulatorio COVID-19” in modo che in un singolo appuntamen-

**Quale
integrazione
Clinica e
Imaging nel
follow-up?**

**Le risorse
per il follow-up**

to il paziente possa effettuare tutte le valutazioni del protocollo di *follow-up*? Si ricorre agli spazi della “Scala 4”?

Come registrare i dati del *follow-up* per analizzare e imparare a prevenire complicanze/sequele extra-polmonari? E condividerli in ambito multidisciplinare?

Sono domande che, ad oggi, non hanno avuto ancora risposte concrete. Non sono le sole: quali soluzioni organizzative per i pazienti non-COVID 19 che hanno “perduto” la possibilità di essere esaminati nel *lockdown*? Come affrontare le loro necessità?

***Il follow-up
e il rapporto
con i MMG***

Una Unità Operativa di Radiodiagnostica non è “aperta” né ai soli pazienti ospedalizzati, né ai soli pazienti ex-COVID-19 dimessi da SCB. È, ovviamente, aperta anche ai bisogni di quei pazienti mai ospedalizzati che mostrino persistenza di sintomi polmonari o che li abbiano sviluppati. Come organizzare un percorso che preveda, dopo un *imaging* polmonare positivo, un accesso tempestivo allo specialista pneumologo?

Domande aperte. Da porre anche al nuovo Direttore Generale.

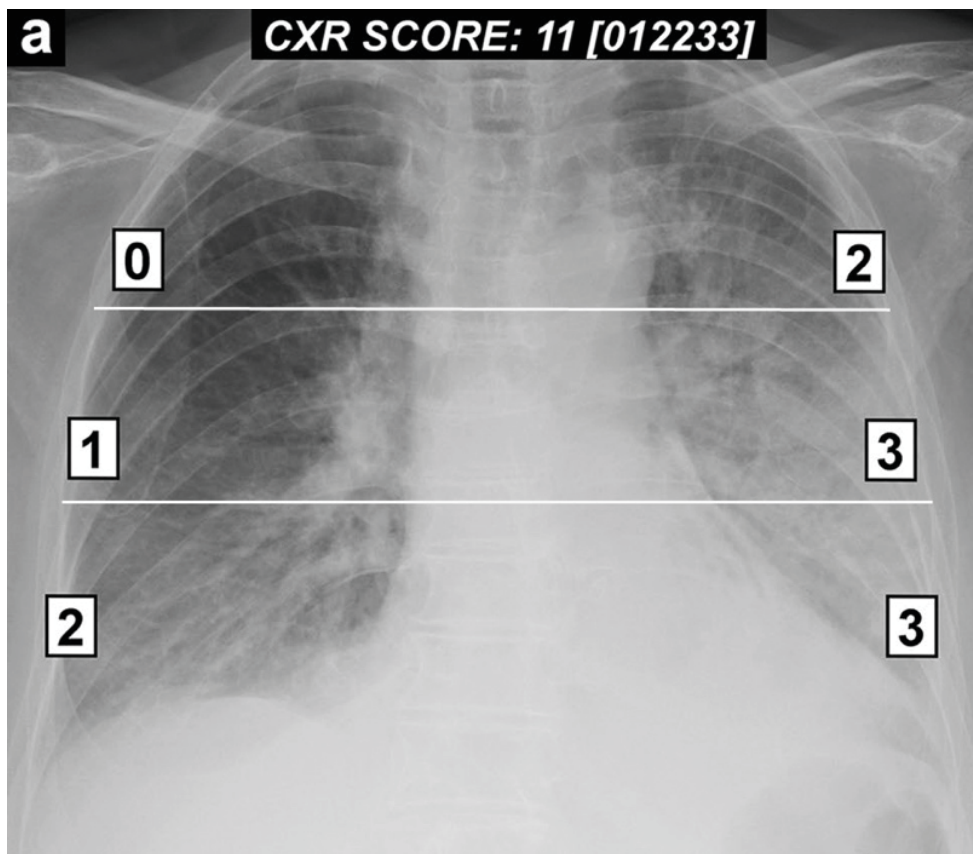


FIGURA 1
Rx torace in
polmonite
COVID-19 in
paziente di 73
anni. *Brixia score*
012233 = 11

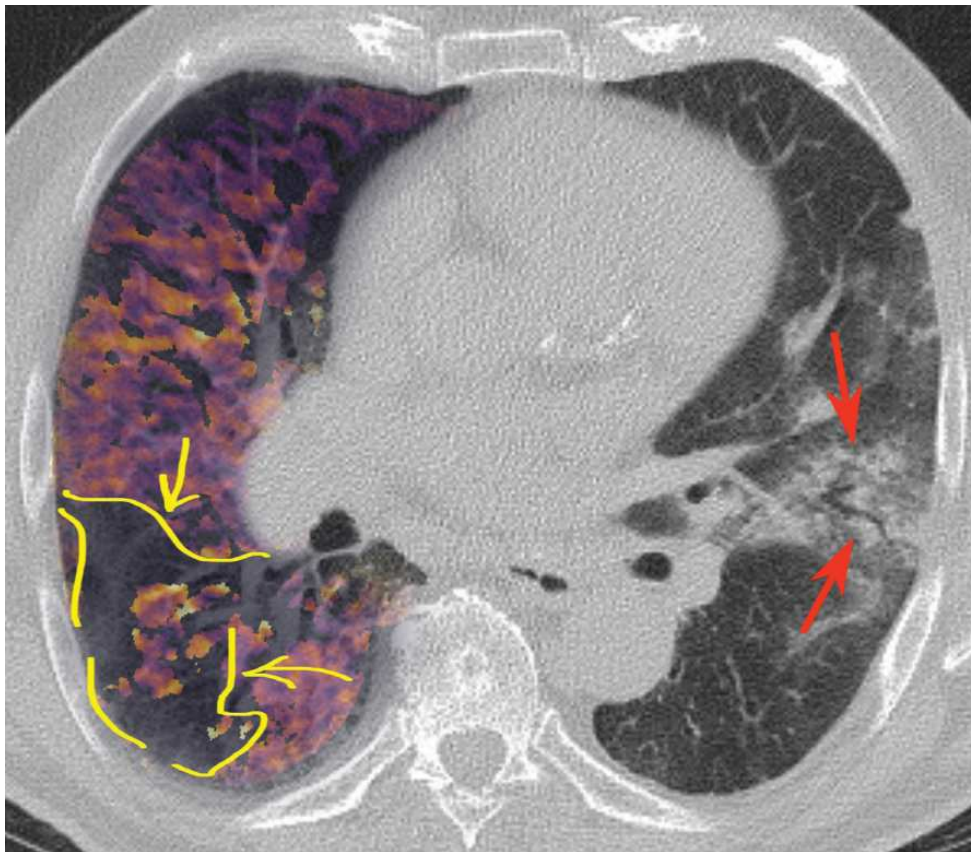


FIGURA 2
TC con mdc
e mappa di
perfusione di
iodio: ampio
difetto di
perfusione del
lobo inferiore
destro in assenza
di embolia
polmonare (area
delimitata da
linee e frecce
gialle); aree
ground glass e
consolidamento
parenchimale
nel lobo inferiore
sinistro (frecce).

COVID-19 e Salute Mentale: focus sugli operatori sanitari

giugno 2020



Antonio Vita^{1,2}

Stefano Barlati^{1,2}

*¹ Dipartimento di
Salute Mentale e
delle Dipendenze,
ASST Spedali Civili,
Brescia, Italia*

*² Dipartimento di
Scienze Cliniche
e Sperimentali,
Università degli
Studi di Brescia,
Brescia*

La pandemia COVID-19, oltre alle vittime direttamente prodotte dal virus e dalle sue sequele patologiche e alla disabilità residua di molte condizioni “guarite”, ha avuto e avrà un impatto straordinario sulla salute mentale della popolazione.

Diversi sono i gruppi potenzialmente suscettibili all’impatto psicosociale della pandemia: la popolazione generale, afflitta dalla paura del contagio e dagli effetti delle misure restrittive e di distanziamento sociale; le persone “in quarantena” perché venute in contatto con casi positivi; i soggetti clinicamente guariti, ma ancora positivi al virus e perciò isolati; i parenti delle molte vittime della malattia; i soggetti fragili, gli anziani per esempio, ma anche soggetti in condizioni di grave povertà o marginalità; i pazienti affetti da disturbi mentali di varia gravità; e, infine, ma in modo particolarissimo, gli operatori sanitari coinvolti in varia misura nella cura delle persone affette da COVID-19 (de Girolamo et al., 2020).

Le conseguenze psicologiche e psicopatologiche della epidemia sono rilevabili su un ampio arco temporale e sin dal suo inizio, ma, al pari di quanto accaduto in occasione di altri eventi catastrofici che hanno colpito l’intera popolazione, se ne prevede una emergenza e una maggiore diffusione nel medio-lungo periodo, un’onda lunga che taluni hanno previsto come una “epidemia nell’epidemia”.

Al 9 giugno 2020 si contano nel nostro Paese 235.827 casi di CO-

VID-19 (con 32.825 decessi), e ben 28.432 casi che hanno interessato operatori sanitari (fonte Epicentro Istituto Superiore di Sanità, 9.6.2020, <https://www.epicentro.iss.it/>). Notevole anche il tributo in vite umane da parte degli operatori sanitari, per oltre il 40% si è trattato di infermieri, ma per circa il 20% dei casi si è trattato di medici, per lo più ospedalieri, ma con un importante interessamento di Medici di Medicina Generale (MMG).

Oltre a questi numeri, già impressionanti, deve essere posta una particolare attenzione alle conseguenze psicologiche, e in alcuni casi psicopatologiche, dell'emergenza sanitaria sugli operatori, nonostante la grande capacità di fronteggiamento di situazioni estreme e di resilienza che caratterizzano gli operatori della salute.

È risaputo che gli operatori sanitari sono esposti a numerosi eventi stressanti ed avversi, tra cui il contatto quotidiano con morte e traumi. Questo è particolarmente vero durante le epidemie (Chong et al., 2004; Goulia et al., 2010). Tuttavia, con la presentazione della nuova pandemia COVID-19, che è caratterizzata da tassi più elevati di contagiosità e letalità rispetto alle epidemie passate, molti operatori sanitari stanno vivendo livelli di stress senza precedenti (Chen et al., 2020; Kang et al., 2020; Mahase, 2020). La pandemia da COVID-19, di cui l'Italia è risultata il primo epicentro nell'ambito dei sistemi sanitari occidentali, ha infatti visto gli operatori sanitari, e tra questi i MMG, esposti ad uno stress correlato all'attività lavorativa estremo e prolungato, non solo per la gestione di casi clinici complessi, rapidamente ingravescenti e con aspetti sintomatologici completamente nuovi, ma anche per la contemporanea messa in opera di nuove strategie gestionali, il tutto nel costante rischio di contagio.

Ricerche sull'esperienza degli operatori sanitari durante le epidemie hanno rivelato importanti determinanti che possono avere un impatto sulla salute mentale, tra cui la disponibilità di risorse, di dispositivi di protezione e la preparazione organizzativa, la costante minaccia alla loro sicurezza personale e la testimonianza quotidiana di molteplici morti difficili o traumatiche (Shimma et al., 2010; Styra et al., 2008). Questi sono fattori chiave che possono contribuire al rischio, per gli operatori sanitari, di sviluppare sintomi acuti di depressione, *burnout*, nonché il rischio a lungo termine di disturbi stress-correlati come il disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Precedenti ricerche hanno di fatto confermato che gli operatori in prima linea e i primi soccorritori sono ad aumentato rischio per lo sviluppo di PTSD (Carmassi et al., 2018).

Tra questi vanno certamente annoverati i medici ospedalieri e i MMG.

Durante l'epidemia di SARS nel 2002, gli operatori sanitari hanno mostrato un cospicuo aumento dei sintomi del PTSD, inclusi pensieri intrusivi ricorrenti, difficoltà a dormire e *iperarousal* (Conversano et al., 2020; Wu et al., 2009). Inoltre, gli operatori sanitari sono a rischio di perdere colleghi, amici o infettare persone care (Selman et al., 2020; Wallace et al., 2020). Ciò può aumentare il rischio di sviluppare sequele croniche stress-correlate. L'analisi delle risposte psicologiche degli operatori sanitari a seguito delle epidemie di SARS e HIV ha evidenziato anche come il dolore morale fosse un'esperienza significativa e angosciante per gli operatori sanitari (Robertson et al., 2004; Shimma et al., 2010).

Oggi non disponiamo ancora di dati consolidati relativamente alle conseguenze psicologiche del COVID-19 sugli operatori, ma sono in corso numerose *Survey* a livello nazionale e locale e già sono evidenti i notevoli livelli di ansia, depressione e disturbi stress-correlati negli operatori ascoltati dai Servizi di Psicologia attivi nelle Aziende Sanitarie, inclusa la ASST Spedali Civili di Brescia.

Alcuni lavori pubblicati all'estero riportano percentuali di prevalenza di ansia, depressione e stress tra gli operatori sanitari tra il 30 e il 70%, superiori a quelle riportate in precedenti epidemie (Lai et al., 2020).

Le azioni necessarie per ridurre questo stato di incertezza generatore di ansia e sofferenza sono ben descritte in questi "imperativi", ben decritti da Shanafelt et al., che esprimono chiaramente il punto di vista dell'operatore, oltre alle sue implicite o esplicite richieste al contesto lavorativo: ASCOLTAMI PROTEGGIMI PREPARAMI SUPPORTAMI PRENDITI CURA DI ME (Shanafelt et al., 2020).

Importante, dunque, il ruolo dell'organizzazione e della *leadership*, che deve dimostrarsi in grado di comprendere le ragioni delle preoccupazioni dell'operatore, assicurare che esse siano prese seriamente in considerazione, ascoltare le richieste di ciascuno, tener conto dell'esperienza e del vissuto dell'operatore, esprimere gratitudine.

Gratitudine non deve essere solo una parola, pomposa e vuota al tempo stesso, reiteratamente pronunciata dai media in questo periodo, ma una sincera testimonianza di interesse, attenzione, stima e fiducia che le organizzazioni sanitarie e le istituzioni cittadine devono far sentire al singolo operatore, al medico, all'infer-

miere, all'operatore impegnato nell'emergenza sanitaria. È necessario tentare di far percepire a ciascuna di queste figure sanitarie al di là della propria autodeterminazione derivante dalla scelta professionale e deontologica il valore sociale della loro azione che, attraverso la cura tenace del singolo paziente e della singola malattia, diviene cura dell'intera comunità e, in tal modo, un bene e un valore pubblico.

Per fronteggiare le conseguenze psicologiche dell'epidemia nelle diverse popolazioni a rischio, una vera epidemia nell'epidemia, in conformità con recenti documenti (Carvalho et al., 2020) e con molte esperienze acquisite, dovrebbe inoltre essere attivato un *team* di salute mentale di comunità (Percudani et al., 2020), comprendente psichiatri, psicologi, infermieri e altri operatori della salute mentale, in ogni bacino di utenza per fornire sostegno ai pazienti, agli operatori sanitari e alla popolazione generale.

Bibliografia

- Carmassi C, Gesi C, Corsi M, et al. Exploring PTSD in emergency operators of a major University Hospital in Italy: a preliminary report on the role of gender, age, and education. *Ann Gen Psychiatry*. 2018 May 4; 17:17.
- Carvalho PMM, Moreira MM, de Oliveira MNA, et al. The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak [published online ahead of print, 2020 Feb 28]. *Psychiatry Res*. 2020; 286:112902.
- Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak [published correction appears in *Lancet Psychiatry*. 2020 May;7(5): e27]. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4): e15-e16.
- Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004; 185:127-133.
- Conversano C, Marchi L, Miniati M. Psychological distress among healthcare Professionals involved in the COVID-19 emergency: vulnerability and resilience factors. *April Clinical Neuropsychiatry*. 2020; 17(2):94-96.
- De Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, et al., Vita A. Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency-The Italian Response [published online ahead of print, 2020 Apr 30]. *JAMA Psychiatry*. 2020;10.1001/jamapsychiatry.2020.1276.
- Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, et al. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infect Dis*. 2010; 10, 322.
- Kang L, Li Y, Hu S, et al. The Mental Health of Medical Workers in Wuhan, China Dealing With the 2019 Novel Coronavirus. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):e14.
- Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
- Mahase E. Coronavirus: UK screens direct flights from Wuhan after US case. *BMJ*. 2020;368:m265. Published 2020 Jan 22.
- Percudani M, Corradin M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Mental Health Services in Lombardy during COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res*. 2020;288:112980.
- Robertson E, Hershenfield K, Grace SL, Stewart DE. The psychosocial effects of being quarantined following exposure to SARS: a qualitative study of Toronto health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):403-407.
- Selman LE, Chao D, Sowden R, et al. Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2020 May 4:S0885-3924(20)30244-X.

- Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. 2020 Apr 7.
- Shimma E, Nogueira-Martins MC, Nogueira-Martins LA. The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. *Sao Paulo Med J*. 2010;128(2):74-80.
- Styra R, Hawryluck L, Robinson S, et al. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008 Feb;64(2):177-83.
- Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. *J Pain Symptom Manage*. 2020;S0885-3924(20)30207-4.
- Wu P, Fang Y, Guan Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009 May; 54(5):302-11.

La questione RSA: criticità e prospettive

giugno 2020



**Gianbattista
Guerrini**

*Fondazione Brescia
Solidale*

Non trovo necessario spendere molte parole per ricordare come il ciclone SARS-CoV-2 abbia investito le RSA: abbiamo ancora tutti davanti giornali e televisioni soffermarsi sulla “strage” degli anziani nelle Residenze con toni scandalistici, talvolta quasi compiaciuti, raramente all’insegna di un serio tentativo di comprendere e di com-patire.

Anche nella nostra provincia, come nel resto della Lombardia e in buona parte del Paese ma anche in molte altre nazioni avanzate, in Europa e oltre oceano le RSA hanno pagato un pesante contributo al virus: nel periodo compreso tra la fine di febbraio ed il 15 maggio è morto il 30% degli anziani ricoverati nei 6.800 posti letto delle RSA dell’ATS di Brescia, il 60% a seguito di COVID-19 accertata o clinicamente sospetta. Ed elevata è stata anche la percentuale del personale di queste strutture (tra cui anche molti colleghi) a contrarre la malattia, non raramente in forma seria.

Non posso non ricordare in questa sede, con profonda tristezza, Fiorlorenzo Azzola, da tanti anni preziosa figura di riferimento, prima come medico e poi come direttore sanitario, della RSA di Bagnolo. La sua struttura è stata una delle prime ad essere colpite dall’epidemia, quando ancora erano drammaticamente insufficienti la conoscenza della malattia e le misure di protezione. Proprio nell’impegno a fianco dei suoi malati Lorenzo ha contratto la malattia in una forma così grave da strapparla alla vita dopo quasi 4 mesi di sofferenza.

Mi interessa qui riflettere sulle cause di questa dolorosa esperienza, per capire quali insegnamenti possiamo trarne per il futuro.

Quali le ragioni di questa tragedia

Non c'è dubbio che all'inizio dell'epidemia le RSA abbiano avuto difficoltà a percepire a pieno la gravità: difficoltà condivisa peraltro con gran parte dei cittadini, con molti decisori politici, perfino con non pochi esperti. Molte delle nostre Residenze come peraltro molte strutture ospedaliere si sono così trovate impreparate a reggere il duro impatto del Coronavirus, non potendo tra l'altro avvalersi delle necessarie competenze infettivologiche.

Ma la progressiva presa di coscienza della gravità della situazione si è da subito scontrata nelle RSA con molteplici ostacoli: l'insufficienza delle indicazioni diagnostiche e terapeutiche, l'impossibilità ad accedere ai tamponi anche nei casi clinicamente più suggestivi (l'individuazione dei casi asintomatici, secondo la letteratura tutt'altro che rari, sarà possibile solo verso la metà di aprile), la difficoltà a trasferire i propri ospiti negli ospedali al collasso, soprattutto la difficoltà a mettere in campo le necessarie misure di prevenzione. È ben noto come anche in queste strutture per settimane sia stata drammaticamente inadeguata la disponibilità di quei dispositivi (in particolare le mascherine) atti a proteggere dalla diffusione del contagio tanto gli operatori quanto gli ospiti: e questo nonostante l'impegno messo in campo dagli enti gestori nel tentativo di procurarseli, anche a prezzi spropositati, su un mercato bloccato da un meccanismo di distribuzione che ha privilegiato a lungo le strutture ospedaliere.

Alle carenze sopra ricordate si devono peraltro aggiungere molti altri fattori che hanno contribuito e contribuiscono, nelle RSA, ad una maggiore diffusione di questo virus come di altri agenti infettivi. Fattori legati:

- all'ambiente, quali la larga prevalenza di camere doppie, la disponibilità complessivamente limitata degli spazi, la conseguente convivenza obbligata dei residenti;
- ai modelli organizzativi, che volutamente promuovono momenti di incontro e di socializzazione tra i residenti, in occasione dei pasti o delle attività ludico-educative di piccolo e grande gruppo (si è rivelato particolarmente arduo ottenere comportamenti rispettosi del distanziamento tra gli ospiti dei Nuclei Alzheimer, non a caso tra i più colpiti dall'epidemia, e non solo nella mia esperienza);
- alle caratteristiche degli ospiti: l'età molto avanzata, la dipen-

denza funzionale, la comorbilità e l'instabilità clinica, la riduzione delle difese immunitarie, la compromissione delle funzioni cognitive (l'estrema "fragilità" degli ospiti spiega ampiamente la gravità della malattia e la sua elevata letalità quando ad esserne colpiti sono gli anziani ricoverati in RSA).

Non è estranea alle difficoltà vissute dalle RSA lombarde nel far fronte all'epidemia la cronica sproporzione tra i compiti loro affidati dalla Regione (e la domanda sempre più esigente posta dagli utenti) e le risorse che le stesse RSA possono mettere in campo (**vedi box 1**).

Per il territorio bresciano, infine, la larga prevalenza di strutture medio-piccole, decentrate sul territorio e gestite da amministrazioni tra di loro autonome, se consente alle RSA un radicamento spesso virtuoso nella realtà territoriale, rappresenta indubbiamente un limite alla loro capacità di far fronte a compiti più complessi.

Tornerò più avanti a riflettere su quali percorsi potranno aiutarci, nel futuro, a limitare l'impatto della riaccensione dell'epidemia o della possibile comparsa di altri nuovi agenti infettivi.

Voglio prima soffermarmi su altri "danni collaterali" dell'epidemia.

BOX 1

Le RSA sono strutture destinate ad accogliere persone anziane non autosufficienti, cui devono offrire una sistemazione *residenziale* con una connotazione il più possibile domestica, tutti gli interventi *sanitari* necessari a prevenire e curare le malattie croniche e le loro riacutizzazioni e un'*assistenza* individualizzata, orientata alla tutela ed al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere.

A fronte delle prestazioni sanitarie e di assistenza "tutelare" (igiene, mobilitazione, supporto all'alimentazione, ecc.) garantite agli ospiti le RSA in Lombardia ricevono un finanziamento a carico del fondo sanitario regionale che copre una quota variabile, ben al di sotto del 50% previsto dai LEA, del costo del servizio (si tratta di poco più di 40 euro per giornata di degenza); la quota restante rappresenta la retta a carico della persona anziana, dei suoi familiari o, nel caso questi ultimi siano in difficoltà, del Comune di residenza.

I danni collaterali dell'epidemia

Il 9 marzo il governo, dopo aver vietato solo pochi giorni prima l'ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali, ne disponeva la chiusura ai familiari, ai visitatori e ai volontari: una misura necessaria, peraltro anticipata autonomamente da alcune RSA anche nella nostra provincia, che purtroppo dai 15 giorni previsti dal primo decreto si protrae ormai da oltre 3 mesi... È facile intuire lo sconcerto, lo spaesamento, il senso di vuoto degli anziani privati dell'incontro spesso quotidiano con i loro cari, della continuità con la loro esperienza esistenziale ed affettiva, delle opportunità di arricchimento relazionale, sensoriale, motorio, emozionale offerto dai numerosi volontari, singoli ed organizzati, che mantengono preziosi legami tra le residenze e la comunità circostante. Chi tra gli anziani è stato in grado di seguire le convulse vicende dell'epidemia ha condiviso le preoccupazioni dei e per i familiari con i quali comunicava solo per telefono; per molti è stato difficile comprendere le ragioni dell'assenza dei loro cari, si sono sentiti abbandonati, nonostante le rassicurazioni, le telefonate e le videochiamate garantite dagli operatori: sintomi depressivi, calo dell'appetito e dell'apporto alimentare, ridotta disponibilità alle attività motorie, possono essere annoverati tra gli effetti collaterali del virus. Per qualcuno si è trattato di una vera e propria rinuncia alla vita, vittime inattese che si sono aggiunte alle morti causate direttamente dalla COVID-19.

Non meno grave è la sofferenza che la chiusura delle RSA ha causato ai familiari, spesso a loro volta anziani, costantemente bersagliati dalle quotidiane notizie sulla gravità della pandemia e sui suoi drammatici effetti proprio sulle persone ricoverate nelle case di riposo, in attesa angosciata del compimento di una "morte annunciata". Dalle telefonate quotidiane con i medici, con gli infermieri, con gli educatori, con gli operatori persone con le quali si è spesso consolidato nel tempo un rapporto di confidenza e di fiducia emergono ansia, preoccupazione, percezione di impotenza, talvolta addirittura sensi di colpa, per non poter continuare a proteggere il proprio caro, ad esprimere le richieste di chi non ha voce: fino all'agoscia di non poterlo assistere nella malattia (non è certo sufficiente il rapido saluto consentito "eccezionalmente" dalla normativa a persone "in condizioni di fine vita"), di non poterlo accompagnare nell'ultimo passaggio, di non poter neppure fissare nella mente la sua ultima immagine, di essere derubati anche del conforto del rito del commiato.

Come negli altri presidi sanitari, anche nelle RSA tra i primi a contrarre la COVID-19 sono stati gli operatori delle residenze: operatori che ormai da anni (**vedi box 2**) cercano di far fronte ad una domanda di assistenza e cura sempre più complessa (ed impegnativa sul piano sia fisico che psicologico) con crescenti difficoltà dovute ad organici insufficienti, a carenza di figure professionali, a diffuse condizioni di precarietà, a scarso riconoscimento economico e sociale.

Eppure, nonostante la difficile condizione di partenza, nonostante la paura di un nemico invisibile ed infido, nonostante la preoccupazione di essere a loro volta responsabili del contagio, dei propri familiari come degli anziani loro affidati, nonostante il senso di impotenza, di inutilità, di colpa, di fronte alla sofferenza ed alla morte di persone con le quali vivono da tempo, delle quali hanno imparato a conoscere la storia, le abitudini, anche i desideri non espressi: nonostante tutto questo la larga maggioranza degli operatori delle RSA ha continuato a svolgere con professionalità e dedizione il proprio lavoro, riuscendo anche a rendere meno gravosa agli ospiti la prolungata assenza dei loro cari.

BOX 2

Gli anziani ricoverati nelle RSA si caratterizzano ormai da molti anni per una crescente complessità dei bisogni, legati alla compresenza di gravi limitazioni nell'autonomia personale, di patologie croniche multiple ad elevata instabilità e di compromissione delle funzioni cognitive (oltre il 60% di questi ospiti è affetto da demenza).

A fronte dell'aumento dei bisogni degli utenti e di una sempre maggiore richiesta di qualità da parte degli utenti stessi e dei loro familiari da almeno 20 anni i finanziamenti erogati dalla Regione Lombardia non hanno subito alcun incremento, mentre aumentano di anno in anno le incombenze burocratiche ed i controlli formali, il cui rispetto comporta per le strutture un impegno in termini economici e di ore di lavoro ormai insostenibile.

In questa situazione le RSA, anziché incrementare il numero degli operatori per meglio rispondere all'aumento dei bisogni, hanno dovuto ridurre i livelli assistenziali, per contenere i loro costi e non far lievitare eccessivamente l'importo delle rette.

Sono convinto che agli anziani colpiti dal virus non siano mai mancati l'assistenza e le cure necessarie, il rispetto della loro dignità, l'attenzione a lenire i sintomi più gravi, l'affettuosa vicinanza nel tragitto finale vissuto senza il conforto dei familiari, fino alla doverosa pietas per le loro spoglie mortali. Amareggia semmai che questo impegno trovi scarso riconoscimento in una cronaca mediatica tutta protesa a rappresentare, delle RSA, solo la drammatica conta dei morti.

Mi resta da ricordare un ultimo e non meno importante "danno collaterale" dell'epidemia da SARS-CoV-2: ed è lo stravolgimento di un modello di cura, fondato sui principi della Gerontologia e della Geriatria, cui da tempo le RSA cercano faticosamente di ispirare la loro operatività. Un modello che punta a garantire una presa in carico individualizzata ad ogni ospite anziano mettendo al centro la relazione con lui, con la sua biografia, con i suoi familiari. Strumenti indispensabili di questa relazione sono la capacità dell'equipe di assicurare una comunicazione efficace con il paziente al di là delle sue limitazioni funzionali, sensoriali, affettive e cognitive e la capacità dell'ambiente e dei programmi assistenziali di trasmettergli un messaggio di accoglienza, di calore, di "normalità".

Tutto questo è diventato molto più difficile in questi mesi nelle nostre residenze "tenute in ostaggio" dal virus. È faticoso garantire agli ospiti le stimolazioni di cui hanno bisogno, se si deve assicurare il pur necessario distanziamento fisico e si è costretti a rinunciare a tutte le attività che richiedono la presenza dei familiari, dei volontari, delle realtà esterne alla struttura. È difficile coniugare la necessità di ridurre al minimo i contatti tra operatori ed ospiti ma anche degli ospiti tra di loro con una modalità di comunicazione che, anche negli interventi di accudimento, riesce ad essere tanto più efficace in quanto si affida alla vicinanza fisica che diventa affettiva, alla carezza, all'abbraccio, al contatto del corpo dell'operatore con il corpo dell'anziano.

L'utilizzo costante della mascherina rende più complicato integrare la comunicazione verbale (peraltro a sua volta fortemente condizionata, in particolare dal filtrante facciale) con quella non verbale il sorriso, la mimica facciale, i sentimenti che il nostro volto esprime così importante nella relazione con le persone anziane, soprattutto se cognitivamente compromesse (anche se stupisce la capacità di molti nostri ricoverati, anche affetti da demenza,

di riconoscere le persone ed i volti e le loro espressioni dietro la maschera delle protezioni). Chi opera vive questa contraddizione tra il rapporto affettivo, l'empatia, la condivisione della sofferenza dell'ospite e la difficoltà ad esprimergliela: con il rischio che la protezione fisica diventi anche barriera emotiva.

L'uragano COVID-19, che solo in questi giorni sembra perdere la sua energia, ha messo in luce in soli 3 mesi i limiti delle residenze per gli anziani non autosufficienti.

Se l'aggressività del virus e l'impreparazione del nostro sistema immunologico a contrastarlo spiegano sicuramente una quota della morbilità e della letalità della malattia, è indubbio che le sue conseguenze sono state amplificate dall'analoga impreparazione dei nostri sistemi sanitario e socio-assistenziale.

Il primo dato che emerge dalle vicende che hanno coinvolto le RSA è la necessità di un più significativo finanziamento della *long term care*, di tutto il sistema di assistenza e cure alle persone non autosufficienti: un'esigenza tanto meno rinviabile in una nazione, come la nostra, tra le più longeve al mondo. Non è in discussione solo il sistema delle residenze: una più capillare ed efficiente rete di servizi territoriali e domiciliari avrebbe probabilmente potuto, soprattutto nella nostra Regione, ridurre la rapidità e la pervasività del contagio ed evitare la drammatica congestione delle strutture ospedaliere. Da troppi decenni si discute di introdurre anche in Italia una specifica modalità di finanziamento della non autosufficienza (fondo nazionale, tassa di scopo...) già presente, con modalità diverse, nella maggior parte degli altri Paesi europei con i quali ci confrontiamo.

La realtà dei fatti ci parla invece di una continua riduzione, negli ultimi anni, tanto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale quanto della spesa sociale dei Comuni. In questo contesto si colloca il già ricordato cronico sottofinanziamento delle Residenze che accolgono gli anziani non autosufficienti: e questo proprio mentre viene chiesto loro di farsi carico di pazienti con problematiche sanitarie, funzionali e cognitivo-comportamentali sempre più complesse.

È evidente che in questa situazione non è possibile per le RSA lombarde, già in gravissime difficoltà economiche per i costi dell'epidemia e il prolungato divieto di accogliere nuovi ospiti, affrontare gli oneri legati al perdurare del rischio infettivo ed agli ulteriori impegni richiesti dalla Regione per la ripresa delle accettazioni

**Quale
insegnamento
per il futuro
delle RSA?**

(in termini di dotazioni strumentali, di adeguamento degli spazi, di potenziamento almeno qualitativo degli organici) senza un loro adeguato riconoscimento economico.

La “riapertura” delle RSA deve però rappresentare l’occasione per un più ampio ripensamento delle modalità operative delle RSA. Molte potrebbero essere le ipotesi sulle quali confrontarsi. Alcune di esse dipendono ancora dalla disponibilità di maggiori risorse economiche: il potenziamento degli organici, soprattutto delle figure sanitarie; la stabilizzazione e l’adeguato trattamento economico del personale; la sua formazione continua; la progressiva rivisitazione degli attuali modelli edilizi, che nel favorire opportunità non obbligate di convivenza (aree comuni molteplici e diversificate) facilitino la personalizzazione degli ambienti individuali (le camere singole, che tanto preziose sarebbero state nel corso di questa epidemia!).

Altre ipotesi possono al contrario generare un contenimento dei costi: mi riferisco ad un più deciso percorso di integrazione e di collaborazione tra le strutture a livello di *governance*, di competenze direzionali, sanitarie e di *risk management*, di politiche del personale, di gestione degli acquisti..., fino alla condivisione di linee guida, di protocolli, di procedure.

Ancora, se molte RSA hanno da tempo diversificato le loro prestazioni sia al loro interno che in direzione dei servizi domiciliari e semiresidenziali, resta sicuramente da potenziare nella nostra Regione l’integrazione e la collaborazione con la rete dei servizi sanitari, dagli ospedali ai distretti... da ricostruire.

Non mi convince invece il modello di RSA che sembra emergere dalla recente Delibera regionale sulla riapertura di queste strutture ai nuovi utenti “dopo la fase 1 dell’emergenza da COVID”.

Non è questa la sede per illustrare un provvedimento complesso, a tratti contraddittorio, spesso difficile da interpretare e da tradurre in percorsi operativi.

Mi limito a citare solo alcuni tra i punti più critici: il complicato meccanismo per l’ingresso di nuovi ospiti dal territorio, che dovrà essere preceduto da un periodo di “isolamento fiduciario” a domicilio, controllato (anche telefonicamente!) dalla RSA cui dovrà accedere, preceduto e seguito da tampone e test sierologico (portando così a non meno di 3 settimane l’ulteriore attesa a domicilio di utenti che devono essere selezionati per “criteri di priorità riferibili a livelli di urgenza improcrastinabile”, una volta

disponibile il posto letto); la conferma dell'impossibilità per i familiari di entrare nelle RSA, salvo che per situazioni particolarmente critiche ("esempio: situazioni di fine vita"); l'equiparazione alle RSA ed alle RSD di strutture residenziali con una connotazione ed un'organizzazione sanitaria molto più "leggera" (comunità psichiatriche, per persone disabili, per minori, per le dipendenze...); l'aumento degli obblighi e dei relativi costi a carico delle strutture, con un rischio concreto (voluto?) per la sopravvivenza di queste preziose realtà di servizio alla persona, in larga maggioranza senza scopo di lucro, capillarmente diffuse nel territorio bresciano grazie alla secolare solidarietà delle nostre comunità.

Ma ciò che più preoccupa è la soluzione che il legislatore regionale sembra proporre ai problemi che l'emergenza COVID ha evidenziato: un deciso orientamento delle RSA verso un modello fortemente sanitario, che sembra considerare secondaria la connotazione residenziale di queste strutture e privilegiare unità d'offerta di maggiori dimensioni, penalizzando le strutture più piccole, che hanno sicuramente maggiori difficoltà ad adeguarsi a tale modello; strutture peraltro che hanno garantito e garantiscono, pur con i limiti sopra ricordati, un forte radicamento nelle comunità locali. Resto invece convinto che l'equilibrio indicato fino ad ora dalla normativa regionale e perseguito in questi decenni, magari faticosamente, dalle RSA tra residenzialità e protezione sanitaria resti essenziale: la RSA è sì luogo di cura ma anche e soprattutto luogo di vita.

Se l'emergenza COVID-19 ha evidenziato i limiti delle sue competenze sanitarie la soluzione non può trovarsi in un suo impossibile adeguamento al modello ospedaliero ma nella sua capacità di aiutare ogni residente, anche grazie ad un'assistenza sanitaria di qualità, a difendere la propria identità personale e a mantenere o ritrovare, fino alla fine, il senso della propria esistenza.

Dal virus consigli per il futuro

Brescia,
9 giugno 2020



Luigi Veronesi
*Presidente Albo
Odontoiatri
di Brescia*

Cari Colleghi,
le prove mostrano i valori veri e spengono i riflettori su chi brilla senza merito, l'esperienza del COVID-19 ha certamente messo alla prova molte realtà che si sono mostrate per quello che erano realmente.

Nel nostro settore sono venute al pettine le eccellenze presunte che hanno dovuto fare i conti con la solidità delle proprie basi e chi di basi non ne aveva è rovinosamente crollato o sta per farlo. Realtà professionali sulle quali avevamo da sempre puntato il dito quali osservati speciali hanno inevitabilmente ceduto e sono preoccupantemente ferme al palo quando il mondo è ripartito o lo sta facendo.

Da anni le CAO italiane attenzionano Guardia di finanza, Ministeri, politica e Agenzie delle Entrate sul preoccupante dilagare di società che prive di esperienza e sostegno economico proporzionato si propongono sul "mercato" odontoiatrico fondando su pubblicità ingannevoli e asset societari dubbi eccellenze del tutto ed esclusivamente autoreferenziali. Qui si apre ancor più il disagio fra chi rappresenta la professione e chi la cittadinanza, dove nei primi spicca la dicotomia, tutta del nostro tempo, fra chi la professione la vive da "imprenditore", dove il virgolettato è d'obbligo, e chi da dipendente, dovendo trovare giusti ed improbabili equilibri fra le due realtà, differenti, quando non contrapposte. La preoccupazione personale, tanto da esercente la professione che da rappresentante della ricaduta della professione odontoiatrica

stessa sui cittadini è quella di trovarmi fra la consapevolezza del rischio della professione coniugata al societario e il rischio di giovani colleghi che si trovino senza un lavoro o con *dictat* imposti da amministratori, che ne minino anche l'*abitus* deontologico. Quindi dovremmo gioire per le difficoltà delle imprese di capitale che però danno lavoro ai giovani o dovremmo preoccuparci per il loro destino perché sgretolandosi trascineranno molti colleghi in difficili situazioni economiche?

Ecco che una pandemia mondiale nel provare la forza delle politiche sanitarie, la capacità di chi predisposto alla prevenzione e le scelte della Politica mette sotto stress filosofie e strategie che premiano i capaci e puniscono gli incapaci, purtroppo portando con loro anche tanti cittadini innocenti ed incolpevoli. Abbiamo vigilato abbastanza? Abbiamo dato i giusti scudi per avere consapevolezza e difesa verso false aspettative generate da imprenditori senza scrupoli? Sono i quesiti che mi pongo tutte le sere prima di chiudere il computer e spero lo siano anche per tutti gli altri che rappresentino a vari livelli la nostra categoria. La risposta è sì per alcuni versi e decisamente no per molti altri. Molte volte mi sono trovato solo a sostenere certe scelte, dubitando quindi della loro validità, fino a divenire contestato da alcune rappresentanze giovanili che nel mio proporre il vero patto generazionale vedevano, invece, la difesa della categoria dei proprietari di studi piuttosto che la lucida visione dell'unico sicuro e protetto futuro che una generazione possa dare a quella entrante: la continuità. Un passaggio filtrato e ragionato fatto di esperienza, custodia dei valori e progressismo professionale, quale migliore scelta possibile? Quale l'alternativa proposta oggi?

Non tutto è perduto, dalla terribile esperienza attraversata cerchiamo di prendere gli insegnamenti che ci possano migliorare il futuro. Siamo certi che le teorie imprenditoriali siano realmente la difesa della nostra professione? Investimenti a sei zeri, che determineranno obblighi di rientri a tanti zeri, sono veramente la scelta vincente? Il futuro non è materia nella quale sarò personalmente coinvolto dal punto di vista professionale e l'unica cosa che posso offrire è la mia esperienza maturata in anni di vita professionale e rappresentanza della stessa, con i limiti di essere cosa personale, ma con la consapevolezza di essere anche disinteressata e trasparente. Con me tutti i miei coetanei sono concordi che ribaltare

il baricentro della professione porterà allo stravolgimento del più sacro vincolo da rispettare nel campo medico: il rapporto medico/paziente, inserendo nello stesso una figura terza che solo in caso di ampio tornaconto sarà disposto ad investire in miglioramenti e crescita individuale, ma in caso contrario sarà incapace e disinteressato a stringere i denti, accontentarsi di pareggi di bilancio e rendersi disponibile a sostenere il concetto di salute pubblica versus il guadagno, motore unico e centrale delle società di capitale.

Utilizziamo questa forzata pausa trascorsa in trincea, risultata premiante strategia per salvare la vita degli addetti ai lavori, in una professione che per caratteristiche e vicinanza ai pazienti avrebbe potuto falciadiare numerose vite, oltre che, come da sondaggio ordinistico, provare fortemente la tenuta psicologica di tanti colleghi, per estendere una riflessione sul futuro che vorremmo, piuttosto che operare per il futuro che altri vorrebbero imporci. Recuperiamo, come odontoiatri, il difficile centro dell'universo dentale proposto, ormai molti anni orsono, in un memorabile Congresso associazionistico odontoiatrico degli anni felici della professione.

Revised 11/11/2010



CAPITOLO IV

Testimonianze e contributi

Notizie dal “Sequestro”...

20 giugno 2020



Francesco Castelli
*Pro-Rettore Vicario
e Professore
Ordinario di
Malattie Infettive
Direttore,
U.O. di Malattie
Infettive
Università di
Brescia e ASST
Spedali Civili
di Brescia*

Il termine “sequestro” veniva utilizzato al Policlinico San Matteo di Pavia negli anni '70 quando io ero giovane studente e mi affacciavo alla vita professionale che avevo scelto. Quella dell'infettivologo, a contatto continuo con i contagi e le infezioni. Con quella umanità che in qualche modo era costretta all'isolamento per non diffondere morbi e germi. Era un termine esclusivamente fisico, per indicare un luogo concreto ma che in realtà esprimeva anche la condizione di solitudine che i malati dovevano affrontare, con una accezione che in qualche modo ispirava paura e isolamento. Da allora, in Italia e nel mondo, la mia vita è sempre stata condotta nel “sequestro”, almeno in senso metaforico. L'epidemia di infezione da HIV, la lotta alla tubercolosi, la malaria, le sepsi, il colera...Tutte infezioni che evocano timore e quarantena. Dolore individuale e panico nella popolazione. Fino ai giorni nostri, con la minaccia della diffusione dei germi resistenti ai farmaci, difficili se non impossibili da curare in alcuni casi. Dalla peste biblica alla peste manzoniana, dal colera che ha spesso colpito l'Italia ed anche Brescia, alle nuove infezioni emergenti. Sempre con la minaccia oscura di una diffusione globale.

Minaccia che si è ripresentata in termini pandemici dopo un secolo dalla influenza detta impropriamente “spagnola” (dal primo Paese che ne parlò apertamente in tempo di guerra anche se non direttamente colpita dal contagio, almeno inizialmente) e che ha trovato in qualche modo impreparato il mondo occidentale che se ne credeva immune.

La pandemia di SARS-CoV-2 poteva essere prevista? Certamente i

fattori favorenti (vertiginoso aumento demografico sia umano che animale, velocità delle comunicazioni, deforestamento e cambi climatici) avevano da tempo allertato gli epidemiologi e gli infettivologi sul rischio potenziale di un nuovo evento pandemico.

Certamente, inoltre, i primi decenni del XXI secolo avevano quasi rappresentato le prove generali di una nuova pandemia. Il rapido controllo della SARS a livello globale, il confinamento geografico dell'Ebola, il controllo dell'influenza aviaria H5N9 e della epidemia di Zika avevano illuso che il mondo occidentale fosse padrone degli eventi naturali e li potesse dominare a proprio piacimento lasciando che la ferocia epidemica si sviluppasse altrove, visibile solo negli schermi delle nostre televisioni.

Poi è arrivato SARS-CoV-2, con il suo elevato potenziale diffusivo e la sua capacità di diffondersi anche tramite persone non apparentemente malate o non ancora tali. Con la sua capacità, dunque, di viaggiare a distanza. Con il suo subdolo carico di patologia. In Europa si è presentato quasi di nascosto, scegliendo una cittadina periferica della pianura lombarda (Codogno) per manifestarsi in un giorno di febbraio e per affermare la sua devastante potenza.

Nel "sequestro" di Brescia, vanto antico della ASST Spedali Civili di Brescia, la prima paziente giunge solo due giorni dopo, nella notte tra il 22 ed il 23 febbraio. Subito isolata e sottoposta alle cure che potevamo solo mutuare dalla scarsissima letteratura su casi isolati, la nostra prima paziente è potuta tornare guarita a casa dopo alcune settimane. Dopo il suo arrivo, il suono delle sirene che portavano malati è diventato sempre più frequente, quasi costante e lacerante.

Pur trattandosi di una delle Unità Operative più grandi d'Italia e pur immediatamente ampliata con ulteriori 24 posti letto, la capacità delle Malattie Infettive del Civile è stata presto sopraffatta dal numero dei malati. Il "sequestro" si è dunque allargato virtualmente a comprendere reparti di Pneumologia, di Medicina, di Cardiologia, di Neurologia, di Nefrologia, addirittura di Chirurgia dove colleghi di molte discipline si sono prodigati per rispondere alle esigenze di ricovero dei malati superando barriere disciplinari per il bene comune.

Alla loro abnegazione ed al loro coraggio va il mio pensiero riconoscente.

La capacità di accoglienza delle Unità di Terapia Intensiva è stata portata in pochi giorni da 25 ad oltre 70 posti-letto, con uno sforzo organizzativo e logistico impensabile. Complessivamente, oltre

800 dei 1.400 posti della ASST degli Spedali Civili era dedicato ai pazienti affetti da infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 a metà del mese di marzo. La perdita di tante persone anziane ha privato la nostra società di affetti e sapienza. Di tradizione e dolcezza.

Giorni difficilissimi per tutti noi quando alla difficoltà di offrire un trattamento adeguato ai pazienti in assenza di alcuna indicazione ufficiale codificata si univa la stanchezza di un lavoro al limite della resistenza umana, la compassione umana di servire da medico e da assistente spirituale per malati gravissimi lontani dal conforto dei propri cari (il “sequestro”), il dolore per il contagio di colleghi ed amici e non da ultimo la preoccupazione di portare l’infezione nelle nostre famiglie in cui pure abbiamo vissuto in isolamento per mesi.

Le modalità del decesso e delle esequie funebri ci hanno profondamente turbati, abituati come siamo al rispetto del momento supremo della morte.

Ho visto colleghi piangere.

Ho visto colleghi contagiati e gravemente malati.

Ogni mattina ci si guardava negli occhi chiedendoci chi potesse essere il prossimo.

Giovani medici hanno preso il posto di chi non poteva continuare il servizio perché malato. Infermieri appena laureati, dai volti infantili divenuti grandi in fretta, sono venuti in soccorso ricordando alla mia mente i racconti di mio nonno Giuseppe (“Peppo”), “ragazzo del ‘99”.

Ai Colleghi in pensione Alfredo Scalzini, Graziella Cristini e Filippo Castelnuovo, che hanno immediatamente accolto il mio invito a rimettere il camice va la mia gratitudine profonda.

Ma non ci siamo mai arresi.

Il nostro dovere prima di tutto per onorare il giuramento che in tempi lontani tutti noi avevamo fatto. Non è stato semplice mantenere la lucidità in questa situazione. Essere di conforto e di guida. Cercare di identificare strategie terapeutiche, percorsi organizzativi, modalità innovative di contatto con i parenti, pianificare turnistica e rapporti con le autorità sanitarie in momenti di sconcerto di fronte all’ignoto.

Abbiamo imparato a riconoscerci solo dagli occhi che facevano capolino sopra le mascherine, compagne asfissianti delle nostre giornate. Solo dagli occhi potevamo conoscere il nostro stato d’animo, cercando di nascondere la nostra stanchezza una volta en-

trati nelle stanze dei malati per i quali siamo stati punto di riferimento e speranza in questi tre mesi. Per cercare di rendere loro il meno penoso possibile la loro permanenza al “sequestro”.

Per dare loro la speranza di poter presto uscire alla vita.

Tra i doveri etici che abbiamo sentito era anche quello di comunicare al mondo cosa stava accadendo, affinché altri potessero prepararsi al meglio alla ondata epidemica che avrebbe certamente coinvolto altri Paesi europei e di altri continenti. Frenetica è stata l'attività di comunicazione con i Colleghi lombardi ed italiani, con le associazioni mediche europee, con la Organizzazione Mondiale della Sanità e con tutti i nostri contatti anche nei Paesi a risorse limitate, dove l'ondata pandemica avrebbe certamente portato un carico ancora maggiore di mortalità e sofferenza. Oltre al ruolo incessante di allerta, i “camici bianchi” del Civile, universitari ed ospedalieri insieme, hanno sentito il dovere etico di produrre evidenze scientifiche che potessero almeno servire per altri malati in futuro. La ASST Spedali Civili di Brescia è stata probabilmente la struttura ospedaliera che aveva più malati di COVID-19 ricoverati al mondo a metà di marzo 2020 ed ha svolto al meglio delle proprie possibilità il suo ruolo di ente di assistenza con vocazione scientifica producendo una enorme e qualificata messe di dati scientifici che hanno trovato riscontro sulle principali riviste scientifiche mondiali nei vari ambiti del sapere.

Non per la gloria personale ma perché il mondo sapesse e prendesse conoscenza di quanto si stava preparando per la prossima pandemia nel mondo nei mesi successivi.

Il tempo ci ha dato purtroppo ragione.

Abbiamo svolto corsi di formazione e sensibilizzazione per i colleghi africani della Università Nazionale Somale e per i colleghi libici, offrendo le competenze che purtroppo stavamo maturando anche ai Colleghi mozambicani, ghanesi e, dall'altra parte dell'oceano anche ai Colleghi americani.

Adesso la tempesta si è calmata, ma tanti dubbi rimangono.

Quale la migliore strategia terapeutica?

Quale la durata della risposta immune?

Saremo pronti per una possibile seconda ondata?

Sarà disponibile un vaccino protettivo, sia nei paesi ricchi che nei paesi poveri, ancora più fragili di noi di fronte alla ferocia pandemica?

L'arroganza tecnologica del mondo occidentale ha fatto dimenticare che l'uomo è uno dei tanti attori della vita sul nostro pianeta,

che si è illuso di dominare e comandare a proprio piacimento dimenticando e offendendo la natura.

Troppo a lungo il mondo occidentale ha dimenticato il rischio connesso con le emergenze infettive che pure hanno costellato la storia della umanità. Cosa rimane ora nella nostra coscienza dopo la pandemia, con il timore che la seconda ondata possa tornare nei prossimi mesi?

L'uomo deve guardare con rispetto alle imperscrutabili dinamiche che regolano la emergenza di nuove entità microbiche, evitando di favorire la commistione tra uomo ed animali da cui spesso tali pandemie hanno origine a seguito di riassortimento genetico. Le attività di prevenzione e sorveglianza devono trovare uno spazio di priorità nei sistemi sanitari e nella didattica universitaria, talora troppo focalizzata esclusivamente sulle attività di cura personalizzata.

Altrimenti l'esperienza sarà stata inutile ed il mondo non sarà cambiato.

Di certo, per me stesso, nulla sarà più come prima nel mio piccolo "sequestro", che fatica a ritrovare la normalità e le cui mura sono state testimoni attonite della devastante furia del virus e della coraggiosa lotta di tanti operatori della sanità che hanno onorato al meglio il proprio ruolo al servizio totale della persona che soffre.

Lavorare sottosoglia

Brescia,
11 marzo 2020



Erminio Tabaglio
*Medico di
Medicina Generale*

Prendo a prestito questa definizione, sottosoglia, che identifica in psichiatria pazienti che non soddisfano appieno tutti i criteri DSM per poter essere compresi in una classificazione nosologica (depressione, ansia, etc.), ma che pure stanno male e devono essere capiti, curati, il più delle volte dal loro medico di medicina generale, per trasferirla alla condizione in cui noi, medici del territorio, abbiamo iniziato a lavorare in questa grave crisi sanitaria.

Perché sottosoglia. Innanzitutto, dal punto di vista epidemiologico. I bollettini statistici mi danno ogni sera le cifre dei pazienti risultati positivi e del loro esponenziale incremento. Ma la mia percezione è che la realtà sia ben diversa e più pesante. Spiego il razionale di questa mia percezione, frutto della mia esperienza personale, che probabilmente è diversa da quella di altri colleghi, perché spesso colpevolmente diversi sono i nostri comportamenti ed i nostri approcci di fronte all'emergenza (in mancanza di una solida formazione e di direttive chiare ed univoche): l'indicazione che ho recepito è quella di evitare di coinvolgere 112 ed ospedale per pazienti che, pur rientrando nei criteri di sospetto di infezione da Coronavirus 2019, non presentino sintomi di gravità, in particolare dispnea. Per questo ho segnalato molti casi sospetti, una decina, ma ho ricoverato una sola paziente, poi risultata positiva. Gli altri li sto per ora gestendo a domicilio, con tutto quello che comporta in termini di isolamento e quarantena, precludendo loro la possibilità di essere sottoposti a tampone, e quindi di avere una diagnosi di certezza. E questi sono pazienti che non rientrano per il momento nelle statistiche dei contagiati, con due effetti opposti:

da una parte determinano una effettiva sottostima del contagio, dall'altra peggiorano significativamente il tasso di letalità di questa infezione.

Il termine sottosoglia ben si addice anche al livello di sicurezza in cui ci troviamo ad operare, aspetto che rappresenta una componente non indifferente dello stress anche psicologico cui siamo sottoposti. Non mi riferisco però solo alla conclamata carenza di dispositivi di protezione individuale. Non posso non fare un esame di coscienza e constatare il mio impaccio di fronte a questi dispositivi, la mia scarsa conoscenza sul loro utilizzo, il non saper bene fino a che punto posso fidarmi. È per certi versi comprensibile: nel mio lavoro di medico di medicina generale, più che lavarmi le mani ed indossare i guanti per medicazioni non ho mai percepito un "bisogno formativo" riguardo questi aspetti. Il mio bisogno formativo di questi ultimi anni è sempre stato rivolto ai cronici, alla gestione dei malati cronici e delle pluripatologie dell'anziano. Non mi risulta che qualcuno di noi abbia mai proposto un corso su come affrontare un'emergenza epidemica, o, allargando il discorso, un'emergenza da catastrofe naturale (terremoto, alluvione...). Ed ora ci troviamo sorpresi ed impreparati, sia a livello organizzativo, di sistema, sia a livello individuale. Siamo tutti responsabili, nel bene e nel male, ed abbiamo tutti il dovere di collaborare per uscirne il prima possibile e con il minor danno.

Rileggendo “la peste”

23 marzo 2020



**Gianpaolo
Balestrieri**

Rileggendo “La peste” di Albert Camus (1947).

Sorprendentemente attuale.

La peste nel 1947...colpisce la città di Orano, porto e centro commerciale dell’Algeria francese.

Le incertezze iniziali dei medici e delle autorità nel riconoscere il morbo, i provvedimenti via via più restrittivi fino al blocco totale della città. Il contagio si estende con il suo bollettino quotidiano dei morti, l’isolamento forzato dei malati, i funerali sempre più anonimi e frettolosi, fino alle fosse comuni. Le reazioni della popolazione con i tentativi di fuga dalla città segregata dal mondo, le restrizioni e la penuria sempre più pesanti, la vita quotidiana sconvolta, infine la rassegnazione.

Il narratore è un medico, Bernard Rieux, impegnato allo stremo nella cura dei malati di peste bubbonica e polmonare e nell’organizzazione dei servizi sanitari.

Non è credente e dissente da Padre Paneloux, gesuita appassionato che vede la malattia come monito divino per i comportamenti degli uomini. Quella di Rieux è una religione laica di lotta contro i flagelli e contro la morte, di impegno non esibito e di onestà intellettuale, di comprensione tuttavia per le debolezze e le fragilità delle persone.

Un modello di ruolo, insomma.

Prezioso nei giorni di un evento, l’epidemia, che costituisce un banco di prova per la nostra professione, per i suoi fondamenti deontologici ed etici. Non dimenticheremo questi giorni, non li dimenticherà la nostra comunità.

Una giornata COVID-19

30 marzo 2020



Germano

Bettoncelli

Medico di famiglia

- ore 7,10: telefonate di pazienti con problemi urgenti. Febbre ancora elevata, tosse persistente, dolori diffusi, diarrea, epigastralgie, anosmia e disgeusia, cefalea...
- ore 8: studio con DPI disponibili. Presenti minimo 2 MMG e 3 collaboratori di cui un infermiere. Gestione prescrizioni richieste via telematica o tramite cassetta postale. Consegna ai pazienti diretta o ritiro da parte delle farmacie cui il paziente si reca direttamente per ritirare i farmaci. Se impossibilitato consegna a domicilio da parte personale di Protezione Civile o della farmacia stessa. Gestione mail arrivate allo studio per segnalazioni, richiesta consigli, ricette. In contemporanea ricezione telefonate (30-40 per sessione di studio). Problemi clinici, problemi burocratico amministrativi (certificazioni malattia, segnalazioni Mainf, ecc.). Poche visite in studio (max 2-3) per pazienti non sospetti COVID.
- ore 13: inizio visite domiciliari con DPI, pazienti cronici, problemi occasionali, ADP, ...
- ore 15: casa. Controllo e-mail pazienti. "Giro telefonico" pazienti: chiamo i pazienti con COVID accertato o sospetto (la maggior parte) per verificare le condizioni, controllo l'assunzione della terapia o eventuali variazioni della stessa. Ricezioni telefonate di pazienti che chiamano cellulare o a casa. Consultazione documenti informativi Min. Salute, ATS, ASST, INPS, Soc. Scientifiche, ecc.
- ore 19: ancora ricezione di alcune chiamate telefoniche fin verso le ore 20,30.

L'ospedale ai tempi dell'epidemia COVID-19: cosa stiamo imparando

Brescia,
1 aprile 2020



**Angelo Bianchetti,
Fabio Guerini,
Piera Ranieri**
*Istituto Clinico
S. Anna, Brescia*

Il 20 febbraio, quando venne comunicato il primo caso di contagio da COVID-19 a Codogno, pochi di noi avrebbero immaginato cosa questa epidemia avrebbe determinato, la portata dei cambiamenti a livello sociale, relazionale e professionale. Eppure, in poco tempo, nell'incertezza clinica, organizzativa e legislativa, il sistema ospedaliero nella nostra Regione, e Brescia in particolare, è stato coinvolto in un cambiamento radicale nel quale le singole componenti hanno dimostrato energia e capacità di adattamento impensabili. Nella nostra esperienza questo cambiamento è stato vissuto con timore, spinti dall'urgenza, ma anche con grande senso di responsabilità e di collaborazione. I letti di medicina nel nostro ospedale sono passati da 22 a 150, tutti dedicati a pazienti COVID, l'attività clinica è stata completamente riorganizzata e riorientata, si sono formate *equipe* di medici che coinvolgono tutte le specialità (ortopedico, oculista, urologo, chirurgo, neurologo, cardiologo, oncologo, fisiatra, anatomico patologo...), ognuno ha "imparato" a gestire una patologia nuova sul piano clinico e non solo su quello etiologico. Ora a Brescia il 50% dei posti letto totali ospedalieri sono orientati alla cura di pazienti COVID, e giornalmente oltre 2000 pazienti sono assistiti negli ospedali. Molte cose sono ancora incerte, forse si possono fare meglio, sicuramente molti di noi si sono trovati impreparati, ma si è trattato comunque di un risultato straordinario, inimmaginabile solo un mese fa. Vorremmo quindi sottolineare alcuni elementi che, pur nella loro drammaticità,

hanno permesso di affrontare la sfida determinando i cambiamenti necessari.

- a) Il sistema ospedaliero nel suo complesso (pubblico e privato insieme) ha dimostrato una grande duttilità e capacità di reazione. In pochi giorni sono stati stravolti organizzazione interna, turni, responsabilità, modalità cliniche di lavoro...e questo cambiamento continua... si stanno facendo reparti specialistici COVID dedicati (per malati neurologici, cardiologici, chirurgici, oncologici).
- b) I medici nel complesso hanno mostrato capacità di aggiornamento, integrazione e collaborazione a tutti i livelli. In pochi giorni sono stati condivisi e adeguati protocolli diagnostici e clinici (pur nell'incertezza e nell'assoluta mancanza di linee guida consolidate), è stato reinventato un approccio clinico (dal PS, alla gestione ordinaria, alle modalità di relazione con le famiglie, alle dimissioni protette...), sono stati coinvolti nei *team* specialisti di settore abituati all'ultra specializzazione (molti di loro hanno scoperto di saper fare il "medico"...).
- c) L'integrazione fra gli operatori sanitari è diventata ancora più necessaria. Nei *team* medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi collaborano con una interazione mai prima vista.
- d) Accanto alla dimensione clinica, grande importanza ha assunto la dimensione relazionale. Tutti gli operatori hanno potuto sperimentare una dimensione talvolta dimenticata della nostra professione: medici e infermieri sono diventati il tramite fra paziente e famiglia, talvolta l'ultimo tramite.
- e) Il sistema organizzativo ha mostrato una grande dinamicità. Dagli uffici tecnici, alle direzioni del personale, alle direzioni aziendali...orientando tutti gli sforzi alle nuove necessità dettate dall'emergenza.

Certo vi sono problemi irrisolti e a questi bisogna ora guardare. Il primo, più importante, è la difficoltà di relazione con il territorio, con la medicina di famiglia, con i distretti (se esistono ancora...). Ormai il nostro contatto con il territorio è l'ambulanza che arriva in PS...poi più nulla...non vediamo i familiari, non sentiamo i medici di medicina generale (non per colpa loro ovviamente!). E alla dimissione affidiamo i pazienti alla famiglia (generalmente in quarantena) o a sistemi di protezione sociale. Il secondo è la resistenza: all'afflato iniziale che ha portato ad una corale risposta ("io ci sono"), ad una diffusa unità e volontà, dopo un mese di ininter-

rotta attività subentra una inevitabile e comprensibile stanchezza, un senso di frustrazione e talvolta di rabbia verso un sistema che sembra talvolta non avere ancora capito la drammaticità della situazione. La tenuta fisica e psicologica del personale sanitario è un elemento che diverrà cruciale nel sostenere una emergenza che non si spegnerà a breve. Un altro problema riguarda la sostanziale marginalizzazione di tutti i pazienti “non COVID”, soprattutto gli anziani che affollavano i nostri ambulatori di geriatria...che fine hanno fatto? Dovremo ricominciare ad occuparci di loro. Ora viene il momento di superare, sul piano clinico ed organizzativo, il momento dell'emergenza. Siamo consapevoli che questa non è una emergenza come le altre, che poi passa; da ora nulla sarà come prima nella organizzazione sanitaria.

Alle molte domande irrisolte sul piano clinico vanno date risposte; è necessario ritrovare la capacità di proporre scelte cliniche ragionate e non più dettate dall'emergenza, superare l'incertezza di una medicina senza una chiara evidenza. A questo dobbiamo cominciare a pensare, lo devono fare le istituzioni (le aziende sanitarie, gli ospedali, l'Università, gli Ordini Professionali), ma lo dobbiamo fare ognuno di noi, per trovare nuove strade per rispondere ai futuri mutati bisogni di salute. Per questo ci vuole cultura, ricerca, formazione, confronto e fantasia.

Nulla sarà come prima

6 aprile 2020



**Francesco Baffa
Bellucci**

*Dipartimento
di Geriatria
Fondazione
Poliambulanza,
Brescia*

Quando tutto è iniziato non avrei mai potuto immaginare la prova cui saremmo stati sottoposti.

La Cina è lontana non solamente dal punto di vista geografico.

Il Coronavirus appariva un'entità astratta...e poi le statistiche (soprattutto se confuse) sono sempre asettiche. Tutto, per me, è cambiato bruscamente il 3 marzo.

Notte di guardia in uno dei primi reparti COVID allestiti presso l'ospedale in cui esercito. Che qualcosa non stesse andando per il verso giusto l'avevo già capito all'ingresso del Pronto Soccorso: incrociando un Collega notai il suo sguardo demoralizzato e nel momento del contatto visivo sussurrò a mezza bocca "...un disastro...". Pochi minuti per raggiungere il reparto, indossare i dispositivi di protezione individuale e raccogliere le consegne da parte del collega smontante: "preparati...ho fatto tutto il possibile, ma arrivano in Ps senza sosta... scusami...". Mai tale avvertimento fu più azzeccato. Per certi versi fu una notte memorabile: non ebbi un attimo di sosta fino all'alba. Per tutti era la stessa, implacabile diagnosi: polmonite interstiziale bilaterale. Mi ricordo ancora molte delle loro facce: occhi lucidi e febbricitanti...e quella tosse stizzosa e senza sosta, quasi canina. Non ci fu, in quella occasione, lo spazio per la paura e l'ansia. L'adrenalina correva a fiumi e non vi era fisicamente il tempo per pensare ad altro. Le cose cambiarono quando, pochissimi giorni dopo, divenni organico nei reparti COVID. Dal punto di vista clinico non avevo mai assistito a nulla di simile. Una marea montante di pazienti affetti da insufficienza respiratoria così grave da non essere responsiva ai supporti ventilatori più aggressivi. Ma il

senso d'impotenza professionale non era la cosa peggiore. Non ero preparato al carico emotivo.

Esercitando la professione di geriatria pensavo di aver avuto abbastanza contatto con la sofferenza e la terminalità.

Mi sbagliavo. La sofferenza fisica e psichica di così tanti esseri umani stordisce ed aliena in maniera progressiva e subdola. Ed è impossibile non trascinare a casa l'aria che si respira 10/12 ore ogni santo giorno. Ordalia.

È il primo termine che mi è venuto in mente vivendo quest'esperienza. Siamo progrediti tecnologicamente ma, senza scomodare Quasimodo, è stato alto Medioevo. Si è trattato di una prova brutale, nauseante e irrazionalmente sanguinaria che ha lacerato tutti: le famiglie di chi non è sopravvissuto ed i superstiti.

Nulla sarà come prima, neanche desiderandolo ardentemente.

Anche perché quando tutto sarà un brutto ricordo, dovremo ripartire dalle macerie economiche e sociali. *Die Stunde Null*: anno zero direbbe qualcuno. Nel momento in cui scrivo, l'afflusso nel Pronto Soccorso si sta riducendo: la situazione, lungi dall'essere risolta, sta risentendo delle misure di contenimento.

E se la notte non sta finendo, almeno s'intravede l'aurora.

Ma guai ad abbassare la guardia: non sarebbe solo un errore ma un vero atto criminale verso chi non avrebbe la possibilità di salvarsi. Cosa ho tratto da questa dolorosa esperienza? Molto difficile rispondere; voglio comunque tentare. In primis ho potuto constatare direttamente l'enorme dignità dell'intera popolazione dinnanzi alla sofferenza e alla morte: anche nel cuore della notte, alla notizia della morte dei propri cari, mai è mancato un ringraziamento verso il personale sanitario.

Il dolore è stato grande ma sempre composto.

Anche davanti alla difficoltà di capire il perché di tale tragedia. Poi non posso che ammirare l'intero comparto sanitario che non si è minimamente risparmiato neanche di fronte all'estremo sacrificio: tutti hanno fatto la loro parte. Senza tale abnegazione, le conseguenze sarebbero state enormemente più sanguinose.

Ringrazio i miei "Fratelli nella Notte" e rendo loro l'onore che meritano. Infine, per ciò che mi riguarda strettamente, guarderò ad ogni nuovo giorno con occhi diversi.

Nulla sarà più scontato ed ancor meno potrà essere noioso.

Perché ogni nuovo giorno ha con sé il dono supremo della vita.

Dono che a molti, a troppi, non è stato concesso.

Sono uno dei fortunati.

Quando non trovi le risposte

10 aprile 2020



Angela Cassinadri

Medico

Fondazione

Poliambulanza,

Brescia

Sabato mattina, sono ormai due settimane che lavoro in reparto COVID. Mi alzo presto perché oggi e domani sono di turno. Faccio colazione e mi trucco (sì mi trucco, perché la normalità e l'abitudine dei gesti ti fa sentire normale) e una delle mie figlie mi segue in bagno. "Mamma?". "Dimmi Laura". "Vai in ospedale?". "Sì amore". "Nooo... ancoa?". "Sì, amore mio, la mamma deve lavorare". "Alloa bon lavoo mamma dottoe". E, dopo questo breve scambio di battute con una bimba di due anni e mezzo, capisco e sento in un istante la fatica, l'angoscia, il dolore e il senso di impotenza di questi giorni. La fatica di lavorare senza sosta, l'angoscia per i tanti, troppi morti, il dolore, anche fisico, per i DPI e il senso di impotenza quando vedi le immagini radiologiche e i volti sofferenti dei pazienti. Sono andata avanti come un treno, fermandomi a riflettere e a piangere solo un momento. Quando ho constatato la morte di un paziente che aveva l'età di mio padre, e scuotendo la testa e asciugandomi le lacrime mi sono imposta di pensarci solo quando questo cataclisma sarebbe finito. Ma vedere gli occhi di mia figlia mi ha fatto riflettere e, in macchina, per andare al lavoro, ho pianto. Ho pianto le lacrime che non avevo pianto prima.

Ho visto tante persone morire, ho parlato con parenti al telefono che mi chiedevano "perché" e non sapevo dare risposte, io che le risposte ho sempre cercato di trovarle, almeno nel mio lavoro.

Ho fatto turni massacranti, ricoverando senza sosta, ho corso per i tanti pazienti che avevano bisogno di un intervento urgente o anche solo di un conforto. Ho risposto alle domande di infermiere che non sapevano come gestire le urgenze, cercando di infondere

loro calma e serenità. Ho visto infermiere piangere, davanti ai primi pazienti deceduti e chiedermi anche loro “perché? Perché questa sofferenza?”

Ricordo quasi tutti i nomi dei pazienti che ho visto morire e a cui ho tenuto la mano negli ultimi istanti.

Mi sono resa conto di quanto fosse importante la vista. Vedere un medico tranquillo e sorridente, o anche un infermiere, è come vedere una hostess su un aereo, come mi spiegava mio papà: se loro sono tranquille, l’aereo non cade. E così è il lavoro di una corsia, anche quando c’è un’emergenza. Ma adesso non c’è possibilità di vedere l’espressione, solo gli occhi, e allora si ricacciano le lacrime e si va avanti. Ho pensato a tutte queste cose nel breve tragitto che mi separa dall’ospedale dove lavoro, la Poliambulanza.

Scendendo dalla macchina, ho ripensato alle parole di mia figlia e mi sono chiesta dove mai avrei potuto essere in un momento come questo.

La risposta è stata semplice, a fare la “mamma dottoe”.

La morte al tempo del coronavirus

14 aprile 2020



**Gianpaolo
Balestrieri**

*Direttore
responsabile di
Brescia Medica*

Philippe Ariès, storico francese, scrisse a metà degli anni Settanta un celebre saggio “Storia della morte in Occidente”. Descrive i rituali religiosi e civili che fino al Novecento accompagnavano il morente ad una fine serena cui la famiglia e la comunità partecipavano uniti, nella consapevolezza di un comune destino degli uomini. Una “*ars moriendi*” mediante la quale la morte era “adomesticata”, accettata, un rito di passaggio parte della vita stessa. Nella contemporaneità la morte diviene un tabù, viene “negata”, sostiene Ariès. Diviene sempre più morte ospedaliera, affidata ai medici, vissuta in solitudine e inconsapevolezza. E oggi, al tempo del coronavirus?

Oggi la morte è nei numeri quotidiani dei bollettini di guerra regionali e nazionali. I numeri nascondono gli individui, le loro storie. Le persone muoiono sole negli ospedali, nelle RSA. Non hanno familiari al loro fianco. Li guardiamo impallidire e mancare attraverso le maschere.

I riti funebri sono frettolosi, quasi clandestini. Lutti difficili da elaborare per i rimasti. Scenari che richiamano le grandi pestilenze del passato e ci fanno sentire inermi, colpevoli, la nostra risposta appare affannata, improvvisata, poco diversa (se non forse per le terapie intensive) dai tempi dei lazzaretti e delle quarantene. Una morte, quindi, più che mai negata? Forse solo la testimonianza, il ricordo delle vite bruscamente falciate dei nostri simili, che sono stati parte della nostra quotidianità, possono alleviare la perdita, dare senso, aiutarci a riprendere il cammino. Con una consapevolezza nuova dei nostri limiti, dei nostri errori.

Il territorio abbandonato

*Politiche regionali, cure primarie
e COVID-19*

4 maggio 2020



vedi pag. 126

I primi a proporre il tema del “territorio abbandonato” sono stati i colleghi di Codogno, che si sono trovati per 2 settimane soli nel pieno della tempesta virale, pagandone il prezzo in termini di vite perdute. È seguito il documento dei Presidenti provinciali degli Ordini dei Medici lombardi, quello dell’Ordine bresciano e degli ex direttori dei Dipartimenti di prevenzione; tutti hanno rimarcato “il mancato governo del territorio”, opinione condivisa da altri osservatori come il prof. Galli del Sacco di Milano. Passata la fase acuta dell’emergenza è arrivato il tempo della riflessione e del dibattito, evitando di scadere nella polemica contingente per un’emergenza che ha trovato tutti impreparati. Nel quadro generale spicca il caso della Lombardia dove l’epidemia ha raggiunto elevati livelli di diffusione e mortalità.

La politica sanitaria lombarda degli ultimi 20 anni, a differenza di altre regioni governate dalla stessa coalizione politica come il Veneto, ha aderito alle teorie del quasi mercato sanitario, impennate su alcuni principi cardine: concorrenza tra enti accreditati regolata dalla Regione, separazione tra strutture accreditate ed ATS acquirente e controllore, libera scelta del cittadino, parità tra pubblico/privato ed incentivazione della competizione tra erogatori per acquisire “fette di mercato”. Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio mettendo in antagonismo

***La scelta del
quasi mercato***

cure primarie ed ospedaliere per la presa in carico della cronicità, ha mostrato i limiti del quasi mercato e di una gestione centrata sulle cure ospedaliere. La “filosofia” del quasi mercato ha ispirato le politiche regionali, come dimostrano alcune scelte sintomatiche del disinteresse per le cure primarie, ad esempio la mancata attivazione delle forme associative della Medicina Generale (MG) e l’abbandono del territorio con la chiusura dei presidi distrettuali. La vicenda delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), previste dalla legge Balduzzi e mai attuate, è emblematica: secondo la riforma del 2012 le AFT dovevano favorire l’associazionismo dei medici e promuovere “in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi”. Le AFT, infatti, prevedevano l’integrazione tra Medici di MG e Medici di Continuità Assistenziale (MCA ex guardia medica) della stessa zona, al fine di migliorare l’efficienza dei servizi, la conoscenza reciproca, il coordinamento e la continuità assistenziale. Proprio le AFT potevano diventare il braccio organizzativo dell’intervento emergenziale per arginare la pandemia, coinvolgendo i professionisti del territorio per l’assistenza domiciliare e il monitoraggio dei contagi con le dovute misure di prevenzione individuale. Invece MMG e MCA hanno affrontato il virus isolatamente, senza un efficace coordinamento, chiare direttive, adeguate protezioni, pagando un prezzo altissimo in termini di vite umane. Una radicata rete di AFT avrebbe potuto mobilitarsi per rispondere all’emergenza COVID-19, con modalità organizzative più pronte e appropriate rispetto alle tardive USCA.

L’abbandono del territorio

L’epidemia di COVID-19, al di là della drammatica sproporzione tra un picco di domanda su tutti i fronti e le oggettive difficoltà per farvi fronte, ha fatto venire al pettine i nodi problematici delle politiche regionali dell’ultimo decennio; i colleghi di Codogno hanno vissuto per primi sulla propria pelle l’abbandono in cui è stato lasciato il territorio. Si è puntato sul principio della libera scelta e sulla concorrenza al ribasso tra medici usa-e-getta, se non accondiscendenti alle richieste dei “clienti”, più che sulla cooperazione professionale, nella convinzione di poter governare la rete territoriale con lo strumento della domanda-offerta di prestazioni e della concorrenza tra “erogatori”. I MMG sono rimasti soli perché tra loro e l’ospedale è mancata una struttura intermedia di collegamento per gestire l’emergenza sul territorio; un’organizza-

zione a rete dovrebbe supportare i servizi in difficoltà per favorire la risposta alle situazioni emergenziali.

Nella riforma del 2015 era prevista la diffusione sul territorio dei Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PRESST), cioè l'equivalente delle case della salute, ma sono rimasti sulla carta, tranne casi sporadici. Le AFT e i PRESST avrebbero potuto fronteggiare con efficacia la pandemia, venendo in aiuto alle strutture ospedaliere, sia nella fase acuta sia nel post-emergenza. Questa drammatica esperienza ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie rivolte al territorio, superando il concetto di quasi mercato, a partire dallo stallo della Presa in Carico della cronicità. L'ipotesi di affidare la gestione della sanità alla concorrenza a somma zero tra erogatori in competizione ha mostrato i suoi limiti e di riflesso ha rafforzato la necessità di tornare ad un'articolazione distrettuale che supporti la continuità dell'assistenza e l'integrazione per fronteggiare le situazioni emergenziali, al pari della cronicità. La gestione delle cure primarie non richiede competizione tra comparti del SSN, ma coordinamento tra i diversi livelli sistemici e attori professionali. Lo *choc* della pandemia può essere l'occasione per ricostruire la comunità di pratica dei medici del territorio e per un cambiamento organizzativo che faccia leva sulle potenziali risorse delle cure primarie.



**Dr.ssa Paola Astori, Dr.ssa Marialuisa Badessi,
Dr. Salvatore Baldini, Dr.ssa Floriana Bandera,
Dr. Giuseppe Bandera, Dr. Nicola Bastiani, Dr. Giuseppe Belleri,
Dr. Germano Bettoncelli, Dr.ssa Francesca Bettoni,
Dr. G. Luigi Bianchi, Dr. Mario Bonaccorsi,
Dr. Francesco Bondioli, Dr. Luigi Bonvini,
Dr.ssa Annamaria Bottanelli, Dr. Antonio Bravi,
Dr. Roberto Cocconcelli, Dr.ssa Barbara Filisetti,
Dr. Domenico Ghisleri, Dr.ssa Elena Loda, Dr. Stefano Melis,
Dr.ssa Giovanna Minissale, Dr.ssa Anna Maria Moroni,
Dr.ssa Erica Mutti, Dr. Ruggero Pansera, Dr.ssa Anna Pascarella,
Dr.ssa Rossella Pelizzari, Dr.ssa Paola Penza, Dr. Ettore Pintossi,
Dr. Bruno Platto Dr.ssa Sara Portone, Dr. Tullio Radoani,
Dr. Roberto Richiedei, Dr. Giorgio Rossini, Dr.ssa Mara Rozzi,
Dr.ssa Francesca Samoni, Dr. G. Paolo Smillovich,
Dr.ssa Ines Sparapani, Dr. Erminio Tabaglio,
Dr.ssa Caterina Taglietti, Dr.ssa Anna Vanzini,
Dr. Alessandro Zadra, Dr. Pierpaolo Zini, *MMG, ATS Brescia*
Dr.ssa Donatella Albini, *Ginecologa, Brescia*
Dr.ssa Iside Maria Bono, Dr.ssa Adriana Loglio,
Dr. G. Franco Michelini, Dr. Giosuè Mignogna,
Dr. Giovanni Piazza, *MMG in pensione, ATS Brescia*
Dr.ssa Ornella Moretti, *PLS in pensione, ATS Brescia*
Dr.ssa M. Grazia Fasoli, *Dirigente SERT in pensione, Brescia*
Dr.ssa Cristiana Belloli, Dr.ssa Ludovica Caputo,
Dr.ssa Fiorella Gazzetta, Dr. Andrea Mangiagalli,
Dr. Renato Mattina, Dr.ssa Anna Moretti,
Dr.ssa Mariagrazia Riva, Dr.ssa Patrizia Rodriguez,
Dr. Flavio Sinchetto, Dr. Luca M. Vezzoni, *MMG, ATS Milano*
Dr. Giovanni Moretti, Dr.ssa Simonetta Pagliani,
MMG in pensione, ATS Milano
Dr. Francesco Benincasa, Dr. Giancarlo Gatta Michelet,
MMG, ASL Torino
Dr.ssa Giuliana Bondielli, *MMG, ASL nordovest Toscana*
Dr.ssa Marina Bosisio, Dr.ssa Bianca Fossati,
Dr. Mauro Somaschi, *MMG, ATS Brianza*
Dr.ssa Vincenza Briscioli, *PLS, ATS della Montagna*
Dr. Antonio Casella, *MMG, ATS Insubria*
Dr. Riccardo De Gobbi, *MMG, ASL6 Veneto***

Per non lasciare indietro nessuno

Brescia,
21 maggio 2020



Caterina Taglietti
Medico di famiglia

Egregio Presidente,
sono il medico di medicina generale che a inizio epidemia riprendesti, con i modi che la tua intelligenza e la tua gentilezza ti impongono, per avere prescritto due Tac torace a pazienti sospetti per COVID-19 (il richiamo era per una sola...non osai confidarti che ne avevo prescritte già due, entrambe risultate poi positive). Il paziente in questione ha fatto in questi giorni sierologia (+) e tampone (-), con la moglie, ammalatasi subito dopo, stessi risultati. L'altro ieri mi hanno mandato questo messaggio: "Grazie a lei per la presenza e anche per la pazienza. Ora possiamo finalmente guardare avanti". Dopo di loro ne sono venuti molti altri. Moltissimi. Telefonate su telefonate, febbri su febbri, casi su casi.

Alcuni paucisintomatici o che comunque guarivano in fretta, altri più gravi, le cui febbri non passavano mai, o che al telefono parlavano con fiato sempre più corto. Non sapevi mai chi sarebbe andato bene e chi sarebbe potuto precipitare da un giorno all'altro. Ma non mi dilungo, sono storie che sai già. Li ho curati tutti con telefonate bis in die, tutto il buon senso che avevo, confronti compulsivi con colleghi affezionati, qualche farmaco senza grosse evidenze e tante, tantissime preghiere. Credo sia stato il punto più basso della mia professionalità medica. Mi è andata "bene".

Tre morti, tutti in ospedale. Tutta gente che prima stava bene, che non doveva morire, che non sarebbe mai morta senza il COVID-19. Gente che lavorava, che teneva i nipoti, che ribaltava

la casa e il giardino, che era la colonna della propria famiglia. Ma anche di queste storie ne avrai già sentite moltissime. Non ho più prescritto Tac diagnostiche. Lotto ogni giorno con la burocrazia ottusa, con le circolari che si susseguono, con le regole che non servono e l'assenza totale di quelle che servono, con le segnalazioni che spariscono e che continuo tenacemente a rifare, come il mare sugli scogli, nella speranza che prima o poi qualcuno, questi miei poveri pazienti senza diagnosi e senza terapie, li veda.

Perché non voglio che si sentano, come mi dicono, abbandonati dal Servizio Sanitario Nazionale, l'Idea in cui credo, per cui lavoro, che è semplice e potente: "curare tutti, non lasciare indietro nessuno". Grazie perché ti ho sentito vicino, con la fatica, con la disperazione che credo abbia toccato tutti noi in alcuni momenti, con la speranza che trionfa, nonostante tutto, sull'esperienza.

Un aperitivo con gli amici... cosa vuoi che succeda

25 maggio 2020



Ottavio Di Stefano

22 febbraio mi telefona Luca (nome di fantasia, ma storia vera), figlio di un mio caro amico, quarantenne con due figlie piccole, laureato con un lavoro in un contesto ecologico, salutista, sportivo, aperto, colto, attento lettore di libri e quotidiani, e da buon ecologista mi chiede le basi scientifiche del *lockdown* (in italiano semplice: confinamento).

Spiego l'esperienza cinese dove il confinamento è stato rigido, autoritario visto il regime, ma ha ottenuto risultati importanti sul controllo dell'epidemia. Luca è perplesso e mi lascia dicendomi che l'unico risultato prevedibile sarebbe stato una riduzione dell'inquinamento, in considerazione della caduta della mobilità. E così pensavano i suoi colleghi, poche sere prima, nel consueto incontro per l'aperitivo.

Un aperitivo con gli amici...cosa vuoi che succeda?

Insomma, non l'avevo convinto.

5 marzo "Luca ha la febbre e dolori muscolari. Sarà COVID...come si dice?". È il mio amico terrorizzato. "Si potrebbe, è giovane e non ha fattori di rischio". Consigli e rassicurazioni.

Sembra che tutto si risolva in pochi giorni. Luca dopo quattro giorni non ha più febbre. È stanco, se ne sta a casa rispettando rigidamente i criteri dell'isolamento. Non ha eseguito test diagnostici. Persistono, nelle tre settimane successive, tosse e astenia intensa.

28 marzo "Luca ha un dolore forte alla base del torace a sinistra. So-

prattutto se respira profondamente. Stamane è stato ricoverato...mi ha telefonato: polmonite interstiziale con risentimento pleurítico. Sai gli hanno fatto la morfina. Tampone positivo”.

4 aprile: il dolore è pressoché scomparso e la Tac di controllo mostra netta riduzione dell’addensamento. Dimissione e trasferimento in albergo.

8 maggio due tamponi negativi, dopo ripetute positività e ritorno a casa.

24 maggio “Sto meglio, anche se la stanchezza è intensa e mi limita. Ho cominciato a muovermi ed uscire, se pur con fatica, e mi sono spaventato quando ho visto la gente allegra e spensierata, seduta ai tavolini. Avrei voluto raccontare loro, uno per uno, la mia storia, e delle ore in cui l’unico pensiero era per le mie bimbe e mi domandavo: fra qualche giorno le rivedrò o no?

E il metro di distanza e la mascherina sotto il mento...?

Dimmi che il virus si è attenuato e questi non rischiano quello che ho passato io...e, forse, mi è andata bene. Dimmi che il bastardo se ne sta andando. Sono stanco molto stanco. Maledetto aperitivo”.

Tutti speriamo, inconsciamente, nell’evoluzione darwiniana per cui il virus si adatta all’ospite per sopravvivere, ma ad oggi non vi è alcuna prova scientifica che il virus sia mutato divenendo meno aggressivo. Le misure restrittive hanno funzionato. Ora tutti, nel periodo di semi-libertà, dovremmo mantenerci rigorosi rispettando due dogmi lapidari: mascherina e distanziamento sociale, mentre le istituzioni sanitarie devono individuare tutti, ma proprio tutti i nuovi casi. Così facendo potremo, ragionevolmente, mitigare se non sconfiggere l’epidemia. E qui siamo già in ritardo. È l’unica strada. Le altre strade piene di gente spensierata, nell’accezione etimologica del termine, portano quasi inevitabilmente a questa conclusione: “quando si arriva in un luogo in cui è presente la trasmissione di comunità, non è più possibile eseguire la traccia dei contatti” (JAMA 21 maggio 2020).

Luca è stanco e ci vorrà tempo perché recuperi le forze.

Di fronte ad un nuovo fronte esteso di malati questi troveranno quelli che li dovranno curare altrettanto stanchi.

E allora?

Se fosse un incubo ci sveglieremmo di soprassalto

26 maggio 2020



Enrico Bresciani
Medico ospedaliero
birdwatcher

Se fosse un incubo ci sveglieremmo di soprassalto, tutti, anche chi non c'è più.

Un caso di importazione, no, è stato a cena con amici, uno era appena tornato dalla Cina. Paziente uno paziente zero, paziente due tre dieci venti. "Non rispettate i protocolli" solo contatti con Cina e Lodigiano o casi atipici, il che significa visite vecchio stile pochi tamponi. Poi polmoniti tamponi in corso, positivi a Brescia no a Manerbio al quarto piano poi terzo piano e primo piano, mascherine chirurgiche camici riciclati cortisone sì no forse sì sì tanto, antivirali sì ma chissà se funzionano, eparina quanto basta.

Ho dormito male un po' di mal di testa trentasette e uno, cosa faccio vengo? Sì, vieni poi vediamo. Il virus si arrampica sull'olfattorio e si insinua nel lobo frontale. Se mi capita qualcosa dai un'occhiata alle mie figlie. Male alle gambe stanco a casa. Febbre alta, tende tampone lastra branda. Maglietta felpa pile giaccone perché nelle tende fa freddo. Dormo bene, solo fini brividi lungo la schiena piacevoli come sentire *Firth of fifth* o *Starless*. Febbre alta non la sento, paracetamolo ev. Ecografia e radiografia negative, ok a casa.

Brividi, ormai li conosco, febbre Tachipirina sudore brividi febbre sudore dolore al sacro e alle cosce. Saturazione: novantasei cinque quattro tre nel mio torace carta stropicciata. Tampone tenda polmonite letto ma non a casa. Brividi brividi brividi, mia moglie riconosce mio padre malato. Antivirali sì cortisone no ossigeno sì mangiare poco, forze ancora meno. Di notte sapore di ferro nausea tosse conati

vomito. Due giorni senza luce e notti infinite, l'ossigeno è freddo e la maschera odora di plastica.

Avvisi sonori, messaggi da molti, alcuni li conosco solo di vista, immeritate attenzioni e solidarietà per un ricovero in terapia intensiva non avvenuto. Stanchezza estrema, mi lavo a rate, un pezzo alla volta. Il terzo giorno si accende la luce, non febbre, aspetto a dirlo agli amici che si informano quotidianamente. Due tre giorni senza febbre radiografia non peggiorata, a casa.

Isolamento, prigionia dorata da premure di moglie e figlia. Il virus esploso continua a causare fastidi. Stanchezza e dolori ridotti, non febbre, non le complicanze di molti altri. Di notte dormo, mangio, quattro chili da recuperare ma non c'è fretta. Radio televisione telefono rete, notizie vere gravi tragiche, notizie false più gravi, ignoranza e incapacità di analisi da una parte e informazione improvvisata gettata sulle autostrade anarchiche della rete dall'altra. Musica vecchia torna a trovarmi in questo tempo libero infinito, assieme ai corti animati della Linea, i fumetti di Nick Carter, I promessi sposi, il Papa, i messaggi di Anna Antonio Laura Roberto e molti altri, Marco e Lodovico chiamano non per smazzare. *Azzurro* [cantato] dai balconi, le congiuntive si inumidiscono, il virus sta ancora lavorando tra i lobi. E poi la finestra, sul mondo. Seduto, un po' cammino sul posto. Ciò che passa in televisione appare distanziato, plastificato, ma stavolta la realtà è lì fuori dalla finestra. Silenzio canti di uccelli cittadini sirene delle ambulanze una due tre...dozzine in un giorno, il primo. Qualche auto autorizzata, pochi pedoni a seguire quadrupedi. Canti di uccelli cittadini. Nei giorni successivi meno ambulanze, poche auto, pochi cani, pochi padroni. Canti di uccelli.

I primi giorni, freschi, cantano le Cinciallegre, Pettirossi litigano negli orti delle suore, alcuni Frosoni sulle cime delle conifere di fronte. Incredibilmente rapaci, Gheppio e Poiana li aspettavo ma anche Pellegrino e Sparviere quasi tutti i giorni, Nibbio bruno e Biancone mi fanno una sola inattesa visita. Più silenzio la domenica, solo campane orarie. "Il Brescia e il Corriere grazie come sta?" dall'edicola aperta voci che sento distintamente. Canti di uccelli. La nota iperacuta ripetuta in accelerando mi fa pensare al Fiorrancino. L'applicazione riconosce i canti se non sovrapposti ad altri suoni. La provo: Firecrest, *Regulus ignicapilla*, ok funziona, Fiorrancino. Ci provo ancora e sul telefono stavolta compare Human, *Homo sapiens*. Riprovo, Human *Homo sapiens*, ancora Human Human Human. Chiudo la finestra. Ancora un paio di settimane per riprendermi, lentamente, tamponi negativi, e nonostante tosse e stanchezza torno a lavorare.

C'è chi non dorme... l'altra pandemia

31 maggio 2020



Ottavio Di Stefano
*per il Consiglio
Direttivo
dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e
Odontoiatri della
Provincia di Brescia*

Gentile Direttrice,
le chiediamo disponibilità per un commento, che riteniamo dovuto, ad un dettagliato articolo comparso sul giornale: *"Noi denunceremo". Cresce il comitato che chiede giustizia* (mercoledì 27 maggio 2020 pag. 13).

L'articolo riferiva dell'attività di un comitato di cittadini che, tramite un sito web ed una pagina Facebook, ha raccolto molte testimonianze di parenti di pazienti COVID-19 da proporre ad uno studio legale che valuterà l'opportunità di trasformarle in denunce giudiziarie. Il responsabile del comitato sig. Luca Fusco dichiarava "...noi non puntiamo il dito contro il singolo medico o il singolo infermiere. Secondo me sono anche loro vittime in questa storia. Presentiamo esposti in cui si raccontano storie delle persone da cui i magistrati possono partire per fare chiarezza". Ed ancora, in un altro passo, si legge che il sig. Fusco non è mosso da alcun interesse economico. Dichiarazione impegnativa, ma che gli fa onore. Comprendere il dolore fa parte del nostro lavoro. Non ci si abitua mai alla morte ed alla sofferenza ed il risentimento, anche se immotivato nella stragrande maggioranza dei casi, è anch'esso da comprendere e considerare.

"Un aspetto drammatico della risposta epidemica è il desiderio di attribuire responsabilità. Dagli ebrei nell'Europa medievale alle macellerie dei mercati cinesi, qualcuno deve essere incolpato" (NEJM 30 aprile 2020).

*Testo integrale
della Lettera al
Direttore pubblicata
il 31 maggio
2020 per estratto
sul Giornale di
Brescia, a firma del
Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei
Medici.*

L'epidemia che abbiamo vissuto (speriamo!) ha pochi precedenti nella storia, il più recente risale alla pandemia "Spagnola" del 1918. E dopo le prime superficiali valutazioni, anche da parte nostra, COVID-19 si è rivelata nei suoi aspetti catastrofici. La paura della "morte diffusa" ha dominato.

Si è trattato, insomma, di un evento eccezionale, di una malattia sconosciuta e drammatica, specie per la parte più nobile della nostra società, i nostri anziani, su cui è stata devastante.

Malattia sconosciuta e senza cura che abbiamo imparato a conoscere giorno per giorno, ora per ora, e di cui ancora non comprendiamo molti aspetti.

Ci siamo trovati disarmati, impotenti e questo ci ha fatto male e "ora stiamo affrontando (su di noi tutti operatori della salute) un'ondata di danni fisici ed emotivi che equivalgono a una pandemia parallela" (NEJM 2020; May 13).

I nostri ospedali, pubblici ed accreditati, in pochi giorni sono diventati tutti ospedali COVID-19.

Il nostro grande ospedale è stato, probabilmente, l'ospedale, che nell'unità di tempo, ha ricoverato ed assistito il maggiore numero di pazienti con l'infezione al mondo, 900 pazienti COVID-19 su 1200 letti. Quadruplicati i letti di terapia intensiva. Medici, infermieri, OTA, operai, tecnici nessuno si è tirato indietro. Turni massacranti, saltati i riposi, i festivi ed i bambini salutati dal video per i tanti che hanno scelto di non tornare a casa per non portare con sé il virus e così in tutte le strutture di degenza della nostra provincia. E sul territorio i medici e i pediatri di famiglia, spesso a mani nude, con 20-30 casi. Abbiamo dovuto sostituire il fonendoscopio con il telefono, andando contro natura, ma questo veniva da indicazioni concordi della letteratura e delle agenzie internazionali, per non essere noi stessi diffusori.

Molti hanno conosciuto la malattia e contagiato i familiari. Qualcuno ha perso la vita.

Qualcuno non è stato all'altezza, qualcuno si è nascosto, è scappato? Certamente sì. Pochi e poveretti. L'Ordine li perseguirà senza indulgenza.

Ma tutti gli altri no. Ci avete chiamato eroi e noi abbiamo risposto, parafrasando Bertold Brecht, che è "beato il paese che non ha bisogno di eroi", ma di riforme.

Sì. Quanto vorremmo che, chi oggi chiede giustizia e verità, si unisse alla voce, spesso inascoltata, di questo Ordine che non ha fatto trascorrere giorno senza chiedere che si inizi, fin da subito,

un processo storico, radicale di riforma del nostro Servizio Sanitario Nazionale di cui COVID-19 ha messo in evidenza le gravi insufficienze.

Veniamo da anni, decenni, di depauperamento finanziario, di mancate assunzioni, di tagli di posti letto, di burocrazia soffocante, di giovani medici che si vedono sbarrata l'accesso alla formazione post-laurea, di medici del territorio lasciati soli ad affrontare la medicina moderna della complessità, senza risorse umane e strutturali.

Le nostre case di riposo, i centri per disabili e marginalità che, come da tradizione consolidata negli anni di dedizione e di assistenza di qualità, grazie anche al volontariato diffuso, hanno curato i nostri vecchi e i meno fortunati, in condizioni storiche di carenza di risorse umane e strutturali.

Una provincia che, nonostante tutto, ha ancora grandi eccellenze mediche, in ospedale e fuori.

Siamo vicini, speriamo, al contenimento dell'epidemia (con tanti punti interrogativi).

Il sistema ha tenuto? No. Ha sofferto ed ha mostrato limiti grandi che richiedono interventi drastici.

E gli errori di gestione andranno analizzati severamente, ma con l'unico intento di migliorare.

Noi abbiamo tenuto botta con il nostro sacrificio. E non ho paura ad usare questa parola, anzi la rivendico con forza perché è vera.

Il nostro SSN ha però tenuto nei principi che ne fanno la più grande riforma della Repubblica. Abbiamo tentato disperatamente di non lasciare indietro nessuno e questo principio scritto sulla pietra della nostra civiltà è insostituibile.

Abbiamo, sfiniti dalla stanchezza, stremati dal dolore e dalla morte diffusa intorno, qualche volta risposto male e freddamente, ma, tante e tante altre volte, l'ultima parola di umana pietas è stata degli uomini e delle donne della sanità.

Uomini e donne che credono ancora, con ostinata fermezza, al valore del loro lavoro.

"Noi denunceremo" ha scelto la strada delle procure. È del tutto legittimo, ma al di là delle buone intenzioni, come sempre, solo noi pagheremo con anni di attesa e di inquietudine grande che stravolge la vita, le vite, i tempi della giustizia.

Ma noi continueremo a fare il nostro lavoro...e nel contempo, come Ordine, saremo sempre pronti a difendere la dignità e il lavoro difficile, certamente imperfetto, che i medici bresciani hanno

svolto nelle giornate più drammatiche dell'epidemia, e che ancora svolgono. Lo dobbiamo ai nostri colleghi, che devono poter continuare a lavorare con serenità, lo dobbiamo a tutta la comunità medica bresciana e lo dobbiamo ai cittadini.

“Le ore passano e il tuo naso fa sempre più male, la maschera ti taglia la pelle e non vedi l'ora di toglierla e finalmente respirare. Respirare. È quello che tutti desideriamo in questi giorni, medici e pazienti, infermieri e operatori sanitari. Tutti noi. Vogliamo aria” (Silvia Castelletti, medico lombardo, NEJM 2020 April 9).

Aria pura, non mal aria.



Lei ha gli occhi scuri, la fronte bagnata di sudore, la voce leggera e gentile. Cambiare una flebo non richiede tempo, ma il tocco sulla mano, la domanda "come va?" e le palpebre che lasciano intuire un sorriso, fanno la differenza. Di lei vedo solo gli occhi, non so come sia il suo aspetto senza i pesanti fardelli che il coronavirus impone. "Se dovessi descrivere una donna bella," ho pensato, "oggi la descriverei così: un sorriso intuito, una parola gentile, una mano che ti sfiora...". Lei è una presenza che va oltre il dovuto, oltre il compito, oltre la fatica. Mi trovo con una maschera che spinge aria a forza nei polmoni, ma non si creda che mi dia fastidio: senza è peggio, è come se tenessi il viso sotto il getto della doccia e tentassi di respirare. Ti sembra di farcela, ma ce la fai per poco. Ogni tanto la maschera fa una pernacchia, e appena chiudo gli occhi, appaiono immagini e sensazioni, sogni ad occhi aperti, per lo più incubi: mi manca il respiro, se cerco di respirare a fondo arriva la tosse e subito riapro gli occhi. La saturazione cala, 90, 89, 87...nonostante la ventilazione non invasiva, il sangue non riceve ossigeno. I miei colleghi parlano chiaro: "Walter, un punto in meno e ti intubiamo, sei da terapia intensiva". "Non ho paura", ho pensato. Non ne ho mai avuta, qui, in ospedale, e di questo ringrazio Dio. Paura, panico, il cuore che batte a mille, certo, li ho vissuti, in passato, scivolando lungo un nevaio, davanti ad un alveare stizzito, appeso a una parete di roccia senza sapere a quale appiglio aggrapparmi. "Qui no, non provo paura", ho pensato. Provo sentimenti profondi, che mi segnano e resteranno anche dopo

*Tratto dal volume
"Respiri. Racconti
dall'isolamento",
ed. L'arca di
Scholé,
giugno 2020*

essere “guarito”. Sono preoccupato per mia moglie e mio figlio, anche loro malati, a casa, sono preoccupato per mia figlia in affido, che ha superato un tumore e che prego non si ammali di nuovo, sono inquieto per mia figlia grande, infermiera in un pronto soccorso. Mi assillano i problemi economici per chi resterà, non essendomi mai preoccupato di morire, prima di oggi. La mano che trema riesce a scrivere con un’enorme fatica mezza pagina di testamento. Se muoio, dopo una vita spesa in mille luoghi e con tante persone, nessuno verrà al mio funerale.

“Un po’ di rabbia ti viene, dai...” ho pensato.

Il sentimento più grande è il rammarico. È un’angoscia profonda sapere che, se me ne vado ora, tutto ciò che ho continuamente rimandato, pensando di farlo “quando avrò tempo”, non lo farò più. E non sono le cose dell’avere, non sono i viaggi, non i disegni o i libri di fotografie che resteranno perduti. Mi dà pena che di me, della mia vita, della mia storia, delle mie scelte e dei valori che mi hanno fatto stare bene, non lascerò nulla di scritto, come ho sempre voluto fare, e non ho mai fatto. Non un libro, ma un quaderno, un quaderno dove raccontare ai miei figli tutto ciò che ho fatto, le persone che ho incontrato, le scelte e le motivazioni, i sentimenti, gli amori. Dei miei genitori ricordo poco. Dei miei nonni, nulla.

“Non vorrei fosse così per me”, ho pensato.

Vorrei scrivere un quaderno che contenga i ricordi di una vita. Se muoio, domani sarò anch’io nel mucchio, senza aver trovato il tempo per lasciare qualcosa. Noi non siamo i padroni della vita, ne siamo il mezzo di trasporto.

“Ognuno di noi”, ho pensato, “trasporta un pezzo dell’unica grande Vita che si chiama Dio.”

Ad ognuno ne viene data una piccola parte, la cui ereditarietà non risponde solo alle leggi darwiniane, ma a quelle più grandi dell’Amore: un’anima che cresce con le esperienze, le persone, i sentimenti.

“Un’anima che entra in quelli che vengono dopo di noi”, ho pensato. Questo mi consola. La mia anima sarà in quella di mia moglie e dei miei figli, come quella dei miei genitori è in me.

“Ci sarà un funerale?” ho pensato e ho pure sorriso -, “Be’, daranno l’addio al vestito che l’ha contenuta, nulla di più!”

Ma resta l’angoscia del perdere la memoria di ciò che siamo stati. Dedico tutto il giorno a qualcosa che non resta, e non ho saputo trovare il tempo di scrivere alle persone che amo.

Mentre una lacrima bagna questi pensieri, la saturazione torna a 89.

“89? Dio mi offre una nuova possibilità”, ho pensato.

Per me è cominciato tutto la mattina del 7 marzo

Roè Volciano,
2 giugno 2020



Gian Luca Bettini
MMG

Mi è stato chiesto di parlare della pandemia da COVID per come l'abbiamo vissuta e cosa ci può eventualmente insegnare. Sono un medico di famiglia di 63 anni e parlerò solo di quanto ha riguardato il mio piccolo mondo professionale.

Lavoro da 26 anni in modalità "medicina di gruppo" nella zona est del bresciano (ed epidemiologicamente ha fatto una grossa differenza), vicino al lago di Garda: all'esordio eravamo in 4, attualmente siamo in 13: 9 medici, 1 infermiera professionale e 3 segretarie. Un bel gruppo!

Cosa è rimasto oggi del violento uragano che ha sconvolto le nostre vite, e non solamente dal punto di vista professionale? Una profonda stanchezza, un disorientamento, un senso di vuoto, una vertigine soggettiva che rende difficile rientrare nei rigidi e angusti spazi della martellante ed esaurente, ma rassicurante, routine quotidiana. Cosa ci è accaduto? Cosa stiamo, forse, lasciandoci alle spalle? Cosa sarà di noi, domani?

Per me è cominciato tutto la mattina del 7 marzo, alle 11,10. Sino a quel momento, per noi, la SARS-CoV-2 era una minaccia ancora da concretizzarsi: la guerra era scoppiata, ma non ancora lì da noi. I tamponi rinofaringei che eseguo da anni per Influnet anche la settimana precedente avevano evidenziato positività per influenza B, A (H1N1) e A (H3N2). Il primo marzo la professoressa Pariani, da Influnet, mi scrisse che erano inondati da centinaia di tamponi

e che avrebbero lavorato no-stop testando per il COVID-19 anche i nostri tamponi. Alle 11,10 di sabato 7 marzo il cellulare squillò e la voce della professoressa mi comunicò che 3 dei tamponi eseguiti ai primi di marzo erano risultati positivi per il COVID-19: mi lesse i codici dei tamponi ed ai miei occhi si tradussero nei nomi dei miei primi pazienti positivi al virus. La guerra era arrivata anche lì e le prime bombe cadevano su di noi.

L'anno era iniziato, ricordate? Con l'ATS alle prese, Bergamo e Franciacorta, con i casi di infezione da meningococco C e la campagna straordinaria di vaccinazioni per contenere la malattia. Il 23 gennaio la prima mail di ATS che informava sulla *"Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) in Cina"*.

Dal 03 di febbraio, data della seconda mail al 30 aprile, saranno 60 le mail inerenti alla gestione del problema COVID-19 dirette da ATS ai medici del territorio, MMG e PLS, 45 dai primi di marzo a fine aprile.

Il 24 febbraio la prima consegna di DPI: un pacco di guanti ed una mascherina FFP2 a testa, ma il pacco di guanti è unico per tutto il gruppo. Io e mia moglie avevamo acquistato, bruciando sul tempo la speculazione, ma a prezzo già da pezzo pregiato, 2 mascherine FFP3, ed è armato di queste che visito, quasi inconsapevole, i primi malati COVID. Ai medici che vengono a contatto col virus viene fatto il tampone, ma ben presto arriva l'indicazione che sarà data anche a me: se avete visitato con mascherina e guanti, vi siete lavati le mani e siete asintomatici, niente tampone e continuate a lavorare, e, poco dopo, arriva l'ordine di chiudere gli studi.

"Ilorestoacasa" diventa un refrain che ci accompagnerà per mesi, elargito ai pazienti perché la situazione è drammatica: le cure non sembrano funzionare e la possibilità di sopravvivenza dei malati gravi sono legate alla disponibilità di respiratori, che sono ben presto insufficienti. Ospedali al collasso, malati che vengono stipati in angoli trasformati in camerette, oppure rimandati a casa e leggiamo costernati le parole di Ottavio che raccontano la tragedia che si sta consumando negli ospedali, i colleghi giovani ed i pensionati che, "richiamati alle armi", vengono in aiuto, la notizia dei Colleghi che cominciano a morire negli ospedali e sul territorio, e, con orrore, le indicazioni che vengono date ai medici rianimatori chiamati a decidere chi deve vivere e chi deve morire.

Nel gruppo condividiamo la pena e l'angoscia per i malati e per

i Colleghi Ospedalieri. Ci facciamo forza e coraggio vicendevolmente e aspettiamo l'ondata. Nel frattempo, arriva una tuta usa e getta che, essendo l'unica però, sarà lavata e disinfettata alla sera in lavatrice per essere riutilizzata il giorno dopo. La settimana seguente i tamponi positivi sono 10 e spesso per ogni paziente febbrile c'è un familiare, spesso la moglie, che ha avuto una sintomatologia analoga, lieve, nei giorni precedenti. Ci rendiamo conto che ogni paziente febbrile oramai è un COVID positivo! Ogni familiare è, con ogni probabilità, anch'esso positivo. Annoto tutto, scrivo i loro nomi su una agenda perché corro il rischio di dimenticare quelli che non stanno tanto male; l'andamento esplosivo dell'epidemia sembra esponenziale!

I miei malati sono perlopiù gente giovane e sana e mi aspetto che la passino liscia senza problemi, ma, ben presto, tre di questi hanno febbre elevata e persistente e temo per loro, ma, mi rassicuro, sono giovani e sani, ce la faranno, mi dico. Li tengo a casa e li passo a vedere. Ma quali terapie fare? Inizialmente sono gli specializzandi a trasmetterci le notizie sulle terapie che applicano agli infettivi nella cura dei malati più gravi, specializzandi che stavano svolgendo il tirocinio presso il nostro ambulatorio e che, ora allontanati dal pericolo del contagio al quale non si erano sottratti se non dopo l'ordine esplicito, vanno ad aiutare nei reparti ospedalieri. Ceftriaxone, idrossiclorochina, azitromicina o doxicilina, steroide sì, ma forse anche no. Cerchiamo di applicarle ma l'idrossiclorochina non si trova. I farmacisti ci aiutano procurandoci i farmaci necessari a tutte le ore del giorno. Si va a domicilio con la tuta e gli occhiali che si appannano, sudo ed ho paura, paura di ammalarmi, paura di morire di questa morte atroce e solitaria. L'Ordine dei Medici ci sprona e ci è vicino con indicazioni e supporto concreto: da lì vengono le prime indicazioni chiare e non contraddittorie su come muoverci di fronte ai malati. Il 13 e soprattutto il 17 marzo stampiamo e portiamo con noi le indicazioni sulle terapie. Poche cose chiare. La terza settimana, uno dopo l'altro si ammalano 3 Colleghi. Abbiamo paura per loro e per noi stessi. Ci guardiamo in faccia e silenziosamente gli occhi si interrogano: a chi toccherà adesso? Come andrà a finire? Il gruppo regge ed i giovani tirocinanti vengono in soccorso subentrando ai malati. Saranno settimane passate al telefono senza orari; stressanti e faticose quant'altre mai, turbate da sonni inquieti e frammentati da pensieri angoscianti, da preoccupazioni per i pazienti e per i nostri cari. Settimane in

cui l'abbraccio formale del gruppo si è sentito come presenza immanente e sostenitrice. L'essere insieme, giovani e meno giovani, infermieri e personale di studio, sostenendoci vicendevolmente, facendoci forza con uno sguardo sopra la mascherina indossata quotidianamente, attraverso i contatti quotidiani con i nostri Colleghi ammalati che ci aggiornavano sull'andamento della malattia, e le telefonate ed i messaggi con i Colleghi MMG del territorio, con cui ci scambiavamo vicendevolmente suggerimenti, consigli, aiuti, ecco, tutto questo ci ha fatto sentire meno soli e ci ha aiutati ad uscire da questo evento unico nella nostra storia professionale, superando la malattia di 4 colleghi e della infermiera professionale e l'impatto della pandemia nella nostra zona, che, pur relativamente risparmiata rispetto all'ovest bresciano, per me ha significato quasi una trentina di tamponi positivi, oltre una sessantina di diagnosi totali, quattro ricoveri ed un decesso.

Cosa rimane di questa vicenda? Cosa salvare e cosa imparare perché non si commettano più certi errori?

Invito tutti i Colleghi a rileggere il documento che FROMCEO Lombardia ha inviato all'Assessore alla Sanità Avv. Gallera, il 7 aprile, (e gli scambi successivi tra l'8 ed il 10 aprile) in cui ben si denunciavano, elencandole e dettagliandole, le criticità evidenziate dalla prima fase, per non dimenticare e, lasciando alla Giustizia il compito di chiarire eventuali responsabilità giudiziarie, non confermare il pensiero di Voltaire, citato da Padellaro sul Fatto Quotidiano di oggi, secondo cui la politica è il mezzo con cui uomini senza principi dirigono uomini senza memoria.

Io, che non sono un politico, ma solo un orgoglioso medico di famiglia, passato attraverso questa esperienza violenta e traumatizzante, scrivendo di getto le impressioni che mi sono rimaste addosso, dirò che ringrazio di averla vissuta all'interno di un gruppo con cui ho condiviso l'assenza di direttive e il tentativo di trovare soluzioni a problemi, aiuto e conforto. Noi, in contatto con altri gruppi e altri MMG singoli, ci siamo dati le direttive con cui affrontare l'emergenza. Tra i Colleghi ho letto più volte del paragone tra l'assenza di dotazioni dei medici tutti nell'affrontare l'emergenza con la tragica spedizione degli Alpini in Russia nella Seconda guerra mondiale, io ho visto una maggior analogia con il sacrificio dei pompieri nel tentativo di arginare l'incendio nucleare di Chernobyl con protezioni inadeguate e consapevoli del rischio che stavano correndo, ma determinati nell'affrontarlo perché non

c'era un'alternativa. Noi ci siamo sentiti soli e abbandonati, con direttive confuse e contraddittorie. Nel caos del territorio abbandonato c'è chi ha fatto il proprio dovere, andando anche oltre ma, non nascondiamocelo, c'è stato anche chi ha latitato. È mancato un coordinamento tra ospedale e territorio per assenza di un piano strategico chiaro che ha creato conflitti perché non si sapeva "a chi toccasse cosa". Ho gestito a domicilio 13 pazienti critici, 2 di loro poi ricoverati, ma se moltiplico la mia esperienza per il numero di MMG bresciani, quanti ospedali abbiamo evitato di riempire, posto che ci fossero letti a disposizione? Noi, utilizzando Influnet abbiamo potuto eseguire tamponi e fare diagnosi tempestive, ma mi risulta che fossi l'unico "fortunato" nel territorio bresciano e ricordiamo che, per gli altri MMG valeva la direttiva iniziale di farli solo ai ricoverati. Ed è comprensibile la rabbia che montava nel leggere di politici, attori e star varie sottoposte a tamponi, negati a chi rischiava la vita quotidianamente. È di questi giorni la ricerca di altri MMG disponibili a collaborare ad Influnet la cui operatività, eccezionalmente, sarà estesa a tutto l'anno. La scarsità di protezioni ha prodotto dolore e lutti tra gli operatori sanitari. 5 di noi si sono ammalati e, oltre alla malattia, hanno subito la paura di trasmetterla ai familiari. Nessuno, per fortuna, si è ammalato in modo grave e tutti oggi siamo tornati al lavoro, ma non possiamo dimenticare il tributo in vite umane, e di dolore elargito alle loro famiglie, che la categoria ha pagato a quest'emergenza e che, almeno in parte, avrebbe potuto, e dovuto, essere evitata. Oggi, tra i pazienti, c'è la paura del ricovero, non tanto per la malattia, ma per il necessario isolamento che, temono, li lascerebbe soli con la sofferenza e senza il conforto di un familiare. È un aspetto che non va dimenticato.

Il territorio si è mosso caoticamente e in assenza di piani e strutture adeguate, scontando le carenze originate da una visione "ospedalocentrica" che ha mostrato improvvisamente tutte le sue devastanti criticità in questa emergenza. La centralità del Medico di Medicina Generale che sento ripetere da quando ho iniziato la mia carriera, si è sempre accompagnata al pensiero realmente dominante, a volte espresso incautamente da qualche politico, della sua inutilità. Dal giornalista che ci etichettò come vigili strapagati al politico che, recentemente, auspicò la nostra sostanziale scomparsa. La riforma Balduzzi aveva aperto alla costituzione di AFT, PreSST ecc. che nella nostra regione sono rimaste sulla carta. La

loro piena realizzazione, ne sono convinto, avrebbe modificato radicalmente l'approccio alla devastante epidemia.

Con cosa ne siamo usciti? Con la forza delle strategie di *coping*, mi dico. Ed in questo ho messo tutto quello che avevo, mia moglie, che ha accolto il mio pianto, i miei figli, il gruppo in cui lavoro e il gruppo allargato dei medici di cui mi sento membro, l'Ordine dei Medici che non ci ha lasciati soli, la professoressa Pariani di Influnet... Mi han fatto forza mia moglie, che lavora con me e che condivide le angosce per la mia salute, i miei figli e la comunità di cui faccio parte. Rileggo le parole dei miei figli che quotidianamente mi scrivevano, enormemente preoccupati per me, ma consapevoli di quello che da sempre vado insegnandogli, le parole di Falcone ripetute più e più volte come un mantra: **“Occorre fare il proprio dovere sino in fondo, costi quel che costi, perché in questo sta l'essenza della dignità umana”**.

Un pediatra al tempo del coronavirus

Brescia,
4 giugno 2020



Guido Vertua
*Pediatra di libera
scelta*

Come farò a far sorridere ancora un bambino?

La visita di un bambino piccolo, diciamo sotto i tre anni di vita, per me è sempre stata una sfida: quella di non farlo piangere, di non spaventarlo, di distrarlo, di tranquillizzarlo. E per ottenere questo risultato ho sempre messo in campo i trucchi del mestiere, affinati dopo più di 30 anni di professione: sorridere al bambino, fare le boccacce, le smorfie, tirare fuori la lingua, fare le facce buffe, schioccare la lingua, fare con il dito nella guancia il rumore del tappo che si stappa dalla bottiglia.

Che divertimento aspettare di vedere la risposta del piccolino: prima un mezzo sorriso, poi un approccio divertito al mio spettacolino, e infine il cambio di espressione del bambino che supera la rigidità iniziale, la paura e si scioglie in un sorriso convinto.

E che soddisfazione ricevo quando la mamma mi dice, alla fine della visita, un po' stupita ma anche ammirata nei miei confronti "ma lo sa, dottore, che è la prima volta che non piange durante una visita?".

È una delle gioie di fare il pediatra. Fin da quando, ancora studente del quarto anno e in preparazione dell'esame di Patologia Medica, frequentavo il reparto di Medicina Interna dell'Ospedale Civile di Brescia e il primario mi prendeva bonariamente in giro dicendomi che fare il pediatra era un po' come fare il veterinario: come potevo visitare un piccolo paziente basandomi soprattutto sui segni e sui sintomi che mi riferiva la mamma? Ma io sapevo che non avrei mai potuto fare il dermatologo, l'otorino, il chirurgo o il radiologo ma la mia missione era solo quella di diventare pediatra.

Ma adesso, dietro questa armatura composta dalla mascherina, dagli occhiali, dalla visiera in poliuretano, dalla tuta, dal cappuccio o dal copricapo, la possibilità di interagire con i bambini piccoli si riduce drasticamente.

Maledetta questa pandemia da coronavirus: a fine gennaio le notizie provenienti dalla Cina sembravano relegare il problema in un posto lontano e si guardavano in televisione, con un po' di preoccupazione mista ad una quasi divertita curiosità, i poveri cinesini che se ne stavano chiusi nei loro condomini, nei loro alveari di cemento e che si parlavano da un terrazzo all'altro. E che emozione vedere le autostrade deserte che collegavano i vari quartieri di una città, Wuhan, che sino a poco prima non avevamo mai sentito nominare.

All'inizio con i nostri famigliari, i nostri amici, i nostri conoscenti facevamo tutti sfoggio di grande saggezza dall'alto delle nostre conoscenze mediche, tranquillizzando, sdrammatizzando "ma cosa vuoi che sia...è solo un' influenza un po' più forte...ma lo sai che ogni anno in Italia muoiono migliaia di persone per l'influenza...certo che ne sono morti alcuni in Cina ma erano tutti anziani, già con altre patologie" facendo finta di non sapere che la maggior parte di noi è già sopra l'età a rischio, i 60 anni o ci è molto vicina e che quindi molti di noi sono a rischio di ammalarsi seriamente.

Ma poi è arrivato il paziente di Codogno, il paziente 1 e da allora è cambiato tutto.

L'ATS di Brescia ha cominciato a inviarci con frequenza sempre maggiore circolari, ordinanze, decreti-legge, delibere, comunicati, atti e provvedimenti amministrativi, normative, decreti attuativi provenienti dal Ministero della Salute, dalla Regione Lombardia e dall'ATS stessa tanto che era difficile stare dietro a tutta quella raffica di informazioni.

Noi pediatri abbiamo iniziato a comunicare tra di noi (e tutt'ora lo facciamo) attraverso le chat di Whatsapp dove ci scambiavamo le nostre impressioni, esprimevamo i nostri timori, conversavamo sul decorso dell'epidemia, ci aggiornavamo attraverso l'invio di link ad articoli scientifici.

E poi le paure: "Ma è vero che dei nostri colleghi sono positivi al coronavirus? E che alcuni sono in quarantena? E che altri sono ricoverati in ospedale? ".

A mano a mano che saliva il numero dei contagiati e dei morti una certa inquietudine cominciava a diffondersi tra di noi. Era sempre

maggiore il numero di conoscenti, di amici che si erano ammalati, che se ne stavano a casa con la febbre e la tosse per evitare di andare in ospedale, che erano finiti in reparto, che erano morti.

Ma nello tsunami che ci stava travolgendo noi pediatri ci rendevamo anche conto che non potevamo continuare a visitare solo per telefono, che non era sufficiente solo tranquillizzare i genitori dei nostri bambini, che non potevamo abdicare al nostro compito di pediatri.

E allora è arrivata a fine febbraio, come la manna dal cielo, l'informativa della ATS che ci chiedeva di ritirare i primi DPI: qualche tuta, alcune mascherine FFP2, una scatola di guanti, un flaconcino di amuchina.

Poi, con uno sforzo logistico imponente, superando tutte le difficoltà dovute alla penuria di DPI e alle difficoltà di approvvigionamento, sono arrivati, attraverso i nostri sindacati, altre mascherine, occhiali, camici, soprascarpe, cuffie, disinfettanti per le mani, guanti, visiere.

Allora abbiamo cominciato a fotografarci e a farci fotografare, tutti bardati come fossimo sul set di "CSI, scena del crimine" o di "Cassandra Crossing" e a inviare le immagini a familiari, amici, colleghi con sotto la foto il commento divertente "a me il coronavirus mi fa un baffo" oppure "pronto per la guerra batteriologica" in modo da esorcizzare le nostre paure.

Così addobbati, consci di essere del tutto simili ai medici che vedevamo in televisione lavorare senza sosta nei reparti ospedalieri, novelli cavalieri senza macchia e senza paura, con la strana sensazione di essere invincibili e di non temere il contagio, dalla metà di marzo abbiamo cominciato a fare nuovamente i pediatri, ad eseguire i bilanci di salute, le prime visite ai neonati, le visite di controllo, i bilanci di salute al cronico e anche a visitare i bambini ammalati dopo che, con un triage telefonico approfondito, riducevamo al minimo la possibilità che si potesse trattare di una infezione da coronavirus.

All'inizio molti genitori rinviavano le visite poiché ascoltavano in televisione gli appelli a non andare in ospedale ma anche ad evitare di frequentare gli studi medici. Ma nelle settimane successive, quando gli spiegavamo che visitavamo tutti bardati, in modo da tutelare non solo noi stessi ma anche i loro bambini, che era più probabile che si potessero contagiare al supermercato o dal fruttivendolo piuttosto che da noi, che non c'era nessun pericolo in sala d'attesa perché visitavamo un bambino per volta a

distanza di 20-30 minuti l'uno dall'altro, che sanificavamo tutte le superfici dello studio, i lettini, il fonendoscopio dopo ogni visita, allora i genitori si facevano volentieri convincere a far visitare i loro marmocchi.

Al momento della visita i bambini più grandi mi fissavano (e mi fissano tuttora) con un atteggiamento misto di stupore e di ammirazione perché vedevano che ero bardato come quelli che guardavano ogni giorno nei telegiornali e si facevano visitare senza protestare, ubbidienti.

I bimbi più piccoli qualche volta piangevano (e tuttora piangono) appena mi vedevano oppure, dopo avermi scrutato seri, senza sorridere e dopo aver cercato una risposta di conforto negli occhi della loro mamma, strillavano spaventati e quasi sempre non c'era modo di tranquillizzarli.

Per questo motivo sto pensando di acquistare quelle mascherine che usano i parenti dei pazienti sordomuti che hanno una parte trasparente a livello della bocca, in modo da sorridergli e tranquillizzarli.

La speranza è che nei prossimi mesi gli studi epidemiologici che sono in corso in tutto il mondo diano una risposta alla domanda da un milione di dollari che tutti si fanno: i bambini sono contagiosi o no e, se si contagiano, trasmettono o no l'infezione?

Come noto i bambini si ammalano molto poco, l'infezione da coronavirus in età pediatrica è scarsamente sintomatica e, se anche un bambino ha dei sintomi, nella stragrande maggioranza dei casi il decorso della malattia è benigno.

La risposta a questa domanda è cruciale perché permetterà di affrontare più preparati la temuta seconda ondata di contagi, quella che ci si aspetta ad ottobre-novembre: se infatti si dimostrasse che i bambini non si infettano (o si infettano poco) e sono poco contagianti allora potremo visitare con più tranquillità i nostri piccoli pazienti e la riapertura degli asili, delle scuole materne e di tutte le scuole in generale non rischierà di provocare fin da subito una nuova esplosione di casi.

Ma se la risposta sarà che i bambini non solo si contagiano, ma trasmettono anche l'infezione allora per noi pediatri ci saranno giorni bui.

E allora, come farò a far sorridere ancora un bambino?

Il Pronto Soccorso pediatrico durante la pandemia

15 giugno 2020



**Sara Boccacci,
Donatella De
Martiis**

*Pronto Soccorso,
Ospedale dei
bambini
ASST Spedali Civili
di Brescia*

La situazione era surreale; non eravamo abituati al silenzio.

Lunedì 17 febbraio erano arrivati in pronto soccorso oltre 136 bambini; lunedì 24 febbraio 51 e nei giorni successivi sempre meno, con una media di 26 nel mese di marzo (e questo nonostante la chiusura di alcune pediatrie periferiche)!!!

C'era un profondo silenzio, interrotto solo dal suono di sirene che si susseguivano senza sosta. Frequentemente il suono si interrompeva nel piazzale dell'ospedale e allora il cuore cominciava a battere più forte perché si pensava che accompagnasse un bambino...e invece l'ambulanza non era per noi, ma per le malattie infettive, le rianimazioni, le medicine. Qualche volta, tuttavia, giungeva in camera calda e allora, all'arrivo, gli sguardi si irrigidivano diventando interrogativi e tristi. Iniziava la vestizione e il respiro si faceva soffocante, dentro le doppie mascherine e sotto le visiere. Il bambino non era più visto per intero, ma a pezzi, per quel poco che si intravedeva al di là di tutte le barriere che ci dividevano da lui. E ancora silenzio, perché si faticava a parlare per l'affanno. Tempi lunghi e dilatati.

Tante domande, poche risposte, nessuna certezza.

Pazienti che il giorno prima erano bambini, il giorno dopo diventavano sospetti. E restavano solo sospetti, perché abbiamo dovuto obbedire ad indicazioni non condivise; avremmo voluto fare tamponi ad ogni bambino che varcava la nostra soglia con sintomi compatibili, ma non ci è stato concesso, se non a quelli che dovevamo trattenere in ricovero.

Avremmo voluto identificare con precisione i casi positivi; forse solo così l'isolamento domiciliare sarebbe stato fortemente motivato.

Ci han chiamati eroi, ma stavamo facendo solo il nostro lavoro anche se con numeri notevolmente ridotti...perchè per fortuna il COVID non è stata un'emergenza pediatrica.

È vero, dalla seconda metà di marzo sono arrivati, spesso trasferiti da altre pediatrie, bimbi con un quadro grave, compatibile con la sindrome infiammatoria multisistemica, chiamata anche "Kawacovid", ma sempre in numero assai limitato. Abbiamo avuto anche un altro vantaggio rispetto agli adulti...i nostri bambini non erano mai da soli; anche se confinati nelle quattro mura della loro stanza, potevano condividere l'angoscia del ricovero con un genitore.

Ora che le sirene delle ambulanze sono tornate alla solita cadenza e ora che quando il suono si interrompe nel piazzale dell'ospedale è solo perché devono arrivare da noi, continua ad esserci un numero di accessi assai limitato...eravamo crollati nel mese di marzo a -77% (e nelle pediatrie della provincia anche oltre l'80%), ma a metà giugno siamo ancora sotto il 50%.

Se eravamo abituati ad accessi per quadri clinici assai banali, abbiamo assistito in questi mesi a ritardi diagnostici, come nel caso di esordi di diabete in coma chetoacidotico (che hanno messo a repentaglio la vita di questi bimbi) o di fratture scomposte per traumi di giorni prima. Non è prevedibile fino a quando si protrarrà questa situazione, certamente sarà correlata all'andamento dell'epidemia, ma dovrà essere oggetto di riflessione per tutti: operatori sanitari, decisori politici, famiglie...il pronto soccorso pediatrico (come tutti i pronto soccorsi) è una struttura sanitaria preziosa da utilizzare con il massimo di appropriatezza possibile perché deputata ad assistere nel migliore dei modi i casi più gravi ed urgenti.

Sicuramente la chiusura delle scuole e degli asili ha ridotto drasticamente tutta la patologia febbrile legata alla frequenza delle comunità, ed è anche mancata la patologia traumatica legata alle attività sportive scolastiche ed extra-scolastiche. Con la riapertura dei centri estivi potrebbe cambiare la situazione, per cui vedremo cosa succederà nei prossimi giorni. Il 2020 (e speriamo solo il 2020) sarà sicuramente un anno che resterà scolpito nelle menti e nei cuori di tutti; ci auguriamo di ritornare presto alla normalità, che per essere tale avrà bisogno di alcuni cambiamenti nella struttura e nell'organizzazione. **Dovremo essere proiettati al futuro ma con uno sguardo al passato...per non dimenticare e per trarre insegnamenti importanti in ogni settore della vita quotidiana.**



Andrea Rizzolo

Anestesia e
Rianimazione
ASST del Garda
presidio di
Desenzano

Domenica 22 febbraio. Pranzo con tutta la mia famiglia in un ristorante per il compleanno di mio papà. Era una domenica come tante altre. Si rideva, si scherzava, si parlava di dove poter trascorrere le vacanze estive, si stava assieme spensierati giocando con il mio bambino (che allora aveva 15 mesi) in attesa della mia seconda figlia che sarebbe dovuta nascere da lì a 3 mesi. Si stava bene insomma.

Serenità e spensieratezza che da allora non ho più provato.

Il Coronavirus era da poco “sbarcato” in Italia, il primo caso del giovane di Codogno è datato 21/2.

COVID-19 era però una “malattia cinese” come tante, provenienti dalle terre d’oriente, che ci avevano solo sfiorato anni fa: SARS, febbre suina, l’aviaria...anche questa sarebbe rimasta confinata a milioni di km di distanza da noi.

Questa convinzione, che mi sembrava così realistica, mi rendeva tranquillo.

Verso la fine del pranzo arrivò a mio suocero un messaggio: da domani scuole chiuse!!! *“Scuole chiuse? Mamma mia quanto allarmismo per nulla”* pensai.

E continuai, come tutti, a ridere e scherzare con la mia cuginetta adolescente che frequentava la seconda superiore: *“ah, così ti fai due settimane di ferie eh? La solita fortuna, a me non è mai capitato!”*.

Salutati i parenti, ci dirigemmo alla macchina. Il cellulare, un messaggio. Il mio Primario avvisava tutti noi anestesisti che l'indomani pomeriggio ci sarebbe stata una riunione straordinaria di reparto e che l'attività ordinaria di sala operatoria sarebbe stata sospesa fino a data da destinarsi; in sala si sarebbero fatte, quindi, solo urgenze e altri interventi non procrastinabili.

Mi misi a fare lo stupido inscenando un balletto come esultanza: *"Sospese le sale? Stupendo... vedrai che magari riuscirò anche a prendere qualche giorno di ferie per stare a casa con il mio bimbo"*.

Nulla mi faceva pensare all'incubo.

L'incubo da cui non mi potevo svegliare, l'incubo che dura da mesi e non sembra avere fine.

L'indomani mattina, con animo quasi leggero per la sospensione delle sale, arrivai in ospedale.

La politica, come sempre, dominava le trasmissioni radio. Solo un breve cenno, in coda, al giovane di Codogno, positivo al COVID, ricoverato in rianimazione. *"Si vabbè è giovane, ok... ma chissà che comorbidità ha! Forse è per questo che è in rianimazione"* pensai.

All'arrivo in reparto il Primario mi disse che quella mattina ero stato assegnato alla sala di ortopedia per urgenze indifferibili *"Beh, almeno non mi annoio aspettando la riunione... poi l'ortopedia è la sala che preferisco... una giornata fortunata"*.

Ma lui, l'incubo, era lì sempre più vicino.

In sala si parlava di questo Coronavirus e io, fermamente, ribadivo quello che fino ad allora si sapeva: *"è una patologia molto simile ad un'influenza... certo che manda le persone in rianimazione e molti di questi muoiono, ma avete idea di quanti persone muoiono di influenza ogni anno??? Probabilmente molti di più di questo coronavirus che ha un tasso di mortalità, in Cina, tra lo 0.8 e l'1%"*.

Finì la mia sala poco dopo le 14, ordinai un toast di fretta al bar e mi fiondai in reparto perché in ritardo per la riunione. Entrando vidi tutti i miei colleghi, il Primario, gran parte degli infermieri e la caposala seduti con guanti e mascherina chirurgica. *"Mi sono perso qualcosa?"* dissi con ironia fermandomi sulla porta sempre con il mio toast in mano. Risatine generali e mi avviai, controvoglia, ad indossare la mascherina. *"Mettere la mascherina anche fuori dalla*

sala operatoria? Ma che idiozia! Scene così si vedono solo in Cina. Vedrai che adesso il Primario ci dirà che dobbiamo indossarla sempre durante il turno... e se mi obbligassero ad indossarla anche fuori dall'ospedale? Ma siamo matti?".

Mi sedetti al mio posto e mi misi la mascherina solo dopo aver finito il toast, ormai freddo.

Il Primario ci informò del protocollo istituito dall'ASST. Noi anestesisti saremmo stati interpellati solo in caso di arrivo in PS di un'insufficienza respiratoria talmente grave da necessitare di intubazione. Per intubare il paziente ci saremmo dovuti bardare. Bardare sì, come in quei film hollywoodiani.

Una volta intubato il paziente avremmo dovuto centralizzarlo a Brescia o in un altro ospedale considerato "HUB".

Ascoltavo distratto, convinto sempre più che era solo "tanto rumore per nulla".

Ma lui, l'incubo, era lì sempre più vicino.

Da quel momento in poi i ricordi si accavallano, diventano quasi confusi. Troppi avvenimenti e troppo poco tempo per ricordarli lucidamente.

L'ondata COVID ci investì in pieno.

La rianimazione si riempì in pochi giorni... uno, due, tre... sei pazienti. Rianimazione piena. I reparti trasformati in PS COVID; nacquero così il COVID 1 e COVID 2.

La pneumologia si saturò presto, i reparti di medicina pure.

Non so quanti posti letto siano stati occupati tutti da pazienti COVID positivi...cento? Centocinquanta? Non lo so. So solo che quando ti chiamavano in consulenza visitavi solo malati COVID. Per mesi in pronto soccorso non fui più chiamato per una patologia che non fosse un'insufficienza respiratoria da COVID. Ma dove erano finiti gli infarti del miocardio? Le embolie polmonari? Le sepsi? I tentati suicidi? L'unica patologia che per mesi ho gestito, in qualità di rianimatore, è sempre stata: *"grave insufficienza respiratoria ipossica da polmonite interstiziale bilaterale in COVID positivo"*.

I turni diventarono massacranti, i malati si moltiplicavano così come i posti in rianimazione.

Gli iniziali sei posti diventarono nove, ricavandone tre in locali prima adibiti a tutt'altro. I nove posti vennero occupati praticamente subito. Aprimmo quindi altri quattro posti in locali del blocco operatorio arrivando a tredici posti disponibili più un posto "jolly".

Quattordici posti. Quattordici posti tutti occupati da pazienti COVID. E non tutti erano “vecchi e malati”, abbiamo avuto anche pazienti con meno di cinquant’anni in buona salute. Esempio eclatante è quello di Francesco (nome di fantasia), trentasei anni, sano: fortunatamente dopo circa 15 giorni di degenza in rianimazione si è salvato... certo, con la tracheotomia...ma, dopo la riabilitazione, è potuto tornare a casa a riabbracciare i suoi cari. Non tutti sono stati così fortunati.

I protocolli terapeutici si aggiornavano giornalmente. I posti di Terapia Intensiva di tutta la Lombardia tanto velocemente aumentavano quanto velocemente venivano occupati. Ogni sera, sempre sulla chat di noi anestesisti, il Primario ci informava di quanti erano i posti liberi di Terapia Intensiva in Lombardia: *“quattro posti liberi, sette pazienti in attesa di essere intubati...due posti liberi, dieci pazienti in attesa di essere intubati... nessun posto libero, venti pazienti in attesa di essere intubati”*. Un vero e proprio bollettino di guerra. Una guerra continua, contro un nemico invisibile, subdolo, sconosciuto... ma tragicamente spietato.

Camici, tute, sovrascarpe, cuffia, doppio paio di guanti, mascherine chirurgiche, FFP2, FFP3, visiere... Ogni volta che si visitava un paziente COVID ci si doveva cambiare stando attenti a che cosa si toccava e soprattutto come si indossava la mascherina: non si doveva assolutamente sfiorarne l’interno per non correre il rischio di ammalarsi.

Io e tutti i miei colleghi rianimatori abbiamo indossato sempre una doppia mascherina: una FFP2 (FFP3 solo durante le manovre di intubazione orotracheale) e sopra una mascherina chirurgica. Esagerato mettere una doppia mascherina? Probabilmente sì...fatto sta che, chi per scaramanzia, chi sentendosi in questo modo più protetto, tutti noi abbiamo sempre usato la doppia mascherina con buona pace del naso perennemente leso e quella sensazione di fame d’aria alla prima rampa di scale percorsa troppo in fretta.

Non mi sono mai lavato le mani così spesso. Ho dovuto togliere la fede che avevo al dito perché da subito rovinata dalle continue disinfezioni. La pelle delle mani era perennemente rovinata a desquamata per il continuo utilizzo, quasi ossessivo compulsivo, dei disinfettanti a base alcolica.

La mascherina, al contrario di quello che pensavo all’inizio della

pandemia, la indossavo anche fuori dall'ospedale. Me la toglievo solo in casa, non senza paura di trasmettere un possibile contagio asintomatico a mia moglie incinta ed al mio piccolo.

Per mesi non ho visto, se non grazie all'ausilio delle videochiamate, i miei genitori.

Mia moglie, nonostante abitiamo al piano sotto di mio suocero, non è mai salita a salutarlo per paura di trasmettergli questo tremendo virus. Trasmetterlo a lui ma soprattutto a sua sorella, soggetto fragile perché disabile.

Fortunatamente la nostra famiglia ha avuto la possibilità di tenere fin da subito mia cognata a casa minimizzando così il rischio di contagio. Forse, proprio grazie a questo, non si è ammalata, così come nessuno dei miei cari o forse è stata solo fortuna.

Non oso nemmeno immaginare la preoccupazione e la sofferenza di quelle persone che hanno avuto un parente positivo al coronavirus o, addirittura, morto per COVID.

Erano i giorni del lockdown. Giorni in cui Brescia era spettrale.

Nei quaranta chilometri che separano la mia abitazione dall'ospedale incontravo cinque-sei macchine. Era il pieno dell'incubo. Un incubo che non "lasci a lavoro", che ti segue a casa, che non ti permette di staccare mai veramente la testa.

A casa mi misuravo continuamente la temperatura corporea e, grazie al saturimetro portatile di mio suocero, anche la saturimetria periferica convinto di essere dispnoico per aver contratto il COVID. Ecco, il COVID non è una patologia che quando "stimbrì" lasci in ospedale. Ti segue fino a casa.

È sempre in agguato ed il pressoché costante rumore delle sirene delle ambulanze che sentivo quando uscivo in giardino a giocare con il mio bambino me lo ricordava di continuo.

L'incubo.

Sono stati mesi durissimi, mesi di lavoro forsennato, di malati che si susseguivano in Terapia Intensiva, di convivenza con morte e sofferenza. Sofferenza non solo dei malati, ma anche dei loro familiari che, per direttive regionali, non potevi incontrare di persona, parlarci a "quattr'occhi" esprimendo così anche il tuo lato umano. Potevi solo contattarli al telefono non vedendone lo sguardo, l'espressione del volto... e loro non potevano vedere la sofferenza di noi operatori

sanitari che, giornalmente, cercavamo di strappare qualche vita dai tentacoli del maledetto Coronavirus.

Una costante caratteristica ho notato dalle telefonate con i parenti dei nostri pazienti: rispondevano tutti entro il terzo squillo del telefono, come se non stessero aspettando altro. Che sofferenza deve essere stata per loro non vedere i propri cari aspettando con ansia la voce di un invisibile sconosciuto sperandola messaggera di buone notizie? Sofferenza, sofferenza ed ancora sofferenza.

L'incubo.

Il periodo più buio l'abbiamo vissuto a marzo ed è durato all'incirca due settimane.

I turni di dodici ore sembravano durarne ventiquattro. Le notti erano una tortura. Si passava più tempo fuori dalla Terapia Intensiva in consulenza che in reparto a gestire i pazienti.

Salivi nei reparti e, conscio dell'indisponibilità dei posti letto di tutta la Lombardia in Terapia Intensiva e del numero limitato di ventilatori a nostra disposizione, facevi delle scelte: decidevi chi potesse avere più chance di sopravvivenza controllando età e comorbidità di un nome... non erano pazienti con una loro storia, con degli affetti, con una loro vita. Erano nomi con una data di nascita ed elenchi di patologie, nient'altro.

Non ci doveva e poteva essere spazio per le emozioni, si doveva solo riservare le migliori cure possibili a chi aveva più chance di sopravvivenza, nulla di più.

Concludevi gran parte delle tue consulenze con la frase che ormai ti usciva come un mantra, una cantilena, come una sorta di autoconvincimento e di difesa: *“alla luce dell'età e delle comorbidità del/della paziente, non si pongono indicazioni al ricovero in terapia intensiva. Proseguire terapia in atto”*.

Di molti pazienti visitati come consulente perdevi le tracce. Per paura di fare i conti con la tua coscienza, non ne chiedevi più notizie sperando che se la fossero comunque cavata anche se, in cuor tuo, sapevi che non era vero.

Tanta sofferenza e “tanta” morte e gli occhi dei tanti pazienti stressati che chiedevano a te dottore un'ultima speranza di vita.

Tutto questo scava dentro di te, non ti lascia tornare a casa sereno, non ridi più come un tempo.

Nel periodo più buio il COVID non uccideva solo le persone, uccideva anche la speranza.

Quale terapia è più efficace? Gli anticorpi sono efficaci nel dare immunità? Per quanto? Ci sarà un altro picco in autunno-inverno? Quest'ultima domanda aleggia nei miei pensieri e in quelli dei miei colleghi.

Riusciremo a resistere ad un'altra ondata? Non parlo solo del buon vecchio Sistema Sanitario Nazionale, ma anche di noi operatori sanitari. Riusciremo a reggere, soprattutto dal punto di vista emotivo?

Una nota positiva, l'unica, che ha portato questa tremenda malattia è la nascita di un rapporto di sincera collaborazione fra colleghi di varie specialità. Il COVID ha spogliato ogni singolo medico delle sue nozioni "aneddotiche" portando il livello di cooperazione tra le diverse specialità ad un livello incredibilmente alto: si è imparato a fidarsi dell'altro esperto, dell'altro collega consci dei propri limiti e del necessario reciproco aiuto tra tutti noi medici.

Il COVID ha messo in gioco noi operatori sanitari anche e soprattutto dal punto di vista umano: la collaborazione e la condivisione delle nozioni di ogni singola disciplina medica sono stati quindi le uniche armi a nostra disposizione in grado di arrestare questo nemico incredibilmente agguerrito e spietato.

Il COVID ha cambiato radicalmente il mio modo di vivere. Finché non uscirà un vaccino di comprovata efficacia, non andrò più in luoghi affollati, in bar, ristoranti, al cinema, non giocherò più il martedì sera a calcetto con i miei amici, non porterò più il mio bimbo (e adesso anche la mia piccola di 15 giorni) a giocare con le altalene al parco.

Troppa è stata la sofferenza vissuta in questi mesi, troppe le morti, troppi i parenti dei pazienti sentiti solo al telefono, troppe le emozioni per permettermi di vivere sereno in mezzo agli altri che non siano componenti della mia famiglia. Troppa la paura di ammalarsi, troppa la paura di prendere questa "poco più che un'influenza" che con l'influenza non ha niente a che fare.

Oggi mi fa male vedere gente in coda al grande Centro Commerciale o in Piazzale Arnaldo a prendersi un aperitivo senza masche-

rina...fa troppo male, ti fa sentire vuoto, come se tutti gli sforzi che hai fatto, tutte le tue paure, tutta la sofferenza che hai visto e provato fossero stati inutili.

Noi operatori sanitari abbiamo messo a repentaglio la nostra salute, la salute dei nostri cari, ci siamo ammalati e alcuni di noi sono morti. Per che cosa e per chi? Per vedere decine e decine di persone sui Navigli, sul lungolago, nel centro storico della mia amata Brescia intenti a consumare un aperitivo senza rispettare tre semplici regole: minima distanza interindividuale, mascherina e disinfezione delle mani.

È per questo che ci siamo dannati l'anima? Che abbiamo sputato sangue? Che abbiamo sofferto? Che abbiamo avuto paura?

Certo, sono consapevole che la maggior parte delle persone quei tre semplici accorgimenti li rispetta alla lettera; vedere, però, anche solo la minima parte dei miei concittadini non rispettarle mentre tutti noi operatori sanitari siamo stati disposti a dare l'anima con il nostro lavoro pur di salvarli...fa tremendamente male.

Il mio unico desiderio e speranza è che si riesca a trovare un vaccino efficace e debellare questa tremenda ed imprevedibile malattia. Perché il Sistema Sanitario Nazionale, magari, potrebbe anche reggere l'urto di una seconda ondata autunno-invernale, ma noi operatori sanitari molto probabilmente no.

Troppo è stato dato, troppo è già stato vissuto per rivivere tutto quello che noi in "prima linea" abbiamo provato.

Un alleato però ce l'abbiamo. È l'alleato più forte di tutti. È l'alleato che ho iniziato a scoprire e studiare dal primo anno di università. Quest'alleato è la scienza, la scienza e la ricerca medica. Queste due armi hanno trovato risposte alle domande ed alle paure dell'uomo quando ormai le risposte si pensava non potessero più arrivare.

E così ci affidiamo ai tanti scienziati che, come tutti noi semplici "ospedalieri", hanno pensato e pensano, qualche volta con le lacrime agli occhi, prima ai malati che a sé stessi.

A loro va il mio grazie ed in loro ripongo le mie speranze.

Perché tutto quello che è stato non si ripeta, perché tutto quello che è stato rimanga solo un brutto, se pur indelebile, ricordo.

L'elefantone e il coronavirus

23 giugno 2020



Luciano Corda
*Internista, Medicina
Respiratoria
Seconda Medicina
Interna, Spedali
Civili di Brescia*

È prematuro qualsiasi bilancio: sono ancora vive le emozioni dei due tremendi mesi di marzo e aprile mentre in ciascuno di noi si stanno sviluppando le rielaborazioni psicologiche e professionali della devastante tragedia. La scarica adrenalinica si è smorzata da poco e lentamente riemergono situazioni non completamente elaborate. Elenchiamo quindi per tre capitoli le sensazioni vissute in un reparto di Medicina Interna degli Spedali Civili nel corso della pandemia da COVID-19.

Erano spesso terrorizzati, più spesso i maschi, e muti ti guardavano con un'espressione attonita, soprattutto i più giovani. Quelli che non siamo riusciti a salvare, sono morti con dignità: i parenti avvisati per via telefonica quotidianamente, ad onta di ogni regola delle "privacy", accettavano disperati ma dignitosamente le comunicazioni negative. Si utilizzavano, spesso con imbarazzo, i "tablet" per farli parlare faccia a faccia in elettronico, ottenendo surrogati di colloqui resi difficili dalle interfacce per la somministrazione di ossigeno, senza contatto fisico e umano.

E se ti telefonavano dopo la dimissione per comunicarti la negativizzazione del tampone, si scioglievano spesso in un pianto liberatorio.

Dal Civile i bresciani si aspettano sempre una mole di lavoro immane, la danno per scontata, e anche stavolta il Civile non ha deluso, qualcuno addirittura prefigura che è stato il più grande Ospedale del mondo per casistica di COVID-19.

***I Pazienti,
i parenti***

***L'elefantone/
Civile e i suoi
operai***

Peccato che i “media” locali e nazionali non se ne siano accorti, così come di Brescia e della nostra provincia si sia parlato poco. È stato detto che i bresciani sono una razza di “metalmeccanici” e quindi anche i medici, gli infermieri e gli operatori sanitari del Civile sono dei lavoratori esemplari: schivi, sobri, concreti, si impegnano a testa bassa, si lamentano e parlano poco e hanno nel caso specifico compreso appieno la gravità della situazione. Commovente anche la presenza, senza saltare nessun giorno, di alcuni Direttori e Direttrici di reparto, concreti nell’affrontare e risolvere i problemi organizzativi, clinici e di terapia. Al Civile i dispositivi di protezione non sono mai mancati e ci bardavamo e ci bardavamo... Le prime notti, verso le ore 22, si aprivano intere sezioni di Medicina Interna di 26 letti ciascuna per il COVID-19 (alla fine saranno sei sezioni su sette per un totale di circa 156 letti, senza contare un’altra sezione gestita in un reparto precedentemente chirurgico): e alla mattina erano entrati più di 20-25 pazienti COVID-19 in 8 ore.

Dopo un turno con questi carichi eravamo esausti, doloranti alla schiena, ma consapevoli di aver fatto il nostro dovere. Il tutto si svolgeva insieme ai nostri infermieri, agli infermieri di reparti chirurgici che hanno inteso al volo il loro ruolo, così come tutti gli operatori; in certe notti son comparsi anche i Direttori Medici e il Direttore Generale a darci man forte e incoraggiarci. Qualche imboscato forse ci sarà anche stato, qualche collega forse ha indugiato nei “selfie” ma il clima di solidarietà e di un cruciale impegno lavorativo tra amici hanno largamente prevalso: **sono migliorati decisamente l’intensità e la qualità dei rapporti umani.**

Il grande elefantone ha retto, come sempre, svolgendo il suo ruolo di grande ospedale dei portoricani consapevoli che i portoricani sono curati meglio della Brescia-bene e ha compiuto il suo dovere, in silenzio e senza particolari riconoscimenti pubblici o ufficiali, di cui forse non ha nemmeno bisogno.

Il Civile, e ne eravamo perfettamente consapevoli anche prima della grande emergenza, ha dimostrato il valore superiore e l’indispensabilità del Sistema Sanitario Nazionale e degli ospedali pubblici grazie all’apporto di Pronto Soccorso, Medicine Interne, Malattie Infettive, Pneumologie, Unità di terapia intensiva, Università, Specializzandi commoventi ed entusiasti, infermieri e operatori consapevoli.

Non si trovano in nessuna altra realtà così efficienti e motivati! Da alcune settimane al Civile due volte alla settimana si svolgono incontri di approfondimento e confronto tra i medici di numerosi

reparti per affrontare tutti gli aspetti correlati all'epidemia, in un sereno clima di ritrovato affiatamento multidisciplinare. E ci accorgiamo, per esempio, che i cinesi avevano capito proprio poco, soprattutto per quanto riguarda la terapia anticoagulante e gli steroidi, e poi chissà cosa ci hanno voluto dire?

È difficile confermarlo, purtroppo non è andato tutto bene. Da tempo evidenziavamo l'inefficienza della medicina del territorio, l'intasamento del Pronto Soccorso, i ricoveri impropri dalle RSA, la massiccia prevalenza di ricoveri urgenti nella Medicina Interna (oltre il 95% de totale).

**Andrà
tutto bene**

Non eravamo né siamo in grado di comunicare in modo continuativo e utile coi Medici di Medicina Generale, salvo sporadiche eccezioni. L'eccesso di ospedalizzazione era già un enorme problema mai affrontato ai tempi dell'emergenza delle cronicità che si è acuito nel corso della pandemia.

Le Medicine son viste ancora come surrogati di reparti di Terapia Palliativa, Geriatria, Riabilitazione o Assistenza sociosanitaria tant'è che anche quest'anno saranno gli unici reparti che non usufruiranno di chiusure estive, fondamentali per utilizzare le ferie dei medici e soprattutto degli infermieri, al contrario delle altre specialità.

Non è andato tutto bene perché, dalla prospettiva di un grande ospedale pubblico di rilievo europeo, ci siamo resi conto che è stato del tutto negativo il confronto rispetto a Nazioni come la Germania e la Francia con cui crediamo di competere.

I Tedeschi sin da gennaio si sono organizzati allertando tutte le terapie intensive, adeguatamente fornite di ventilatori, e approvvigionandosi di un numero enorme di tamponi e di reagenti: ignorando le Linee Guida dell'OMS, hanno impartito disposizioni di sistematica analisi della cittadinanza, in un territorio già organizzato con una Medicina Generale adeguata.

In Francia, ogni rianimazione aveva a disposizione un numero adeguato di ventilatori e di ECMO, ha distribuito i pazienti in tutto il territorio nazionale utilizzando anche treni attrezzati come delle ambulanze. E ha adeguatamente retribuito specializzandi e medici...

Siamo una Nazione povera, povera di risorse e povera di spirito. Ci siamo in parte salvati grazie alla nostra umanità, alla nostra creatività e alle nostre capacità di adattamento, ma non sarà sempre così.



Giulia Zambolin

Medico

*Specializzando
in Malattie Infettive
e Tropicali*

*Spedali Civili
di Brescia*

Sono davanti alla porta del reparto.

Prima di uscire mi volto per un'ultima occhiata: i corridoi vuoti, i materassi appoggiati ai muri in attesa di essere portati altrove, gli armadi aperti, spogliati. Da qualche parte un allarme sta suonando, ma non c'è nessuno a dargli retta; domani qui inizieranno a sgomberare, i livelli di ossigeno bassi non sono più un problema.

Così, in un solitario saluto, mi accingo a lasciare per l'ultima volta questo luogo. Strano pensare che sia lo stesso posto in cui ho trascorso la maggior parte degli ultimi tre mesi, così pieno di rumori, sguardi e persone che avevo ormai imparato a conoscere. Ora, in questo silenzio freddo, mi sembra di guardare una casa ormai vuota, un contenitore che ha perso la sua anima.

I pazienti sono stati dimessi, alcuni trasferiti; ne sono passati tanti, tutti uguali eppure così intimamente differenti. Alcuni mi resteranno dentro e neppure io so spiegarmi bene il perché: per una storia, per avermi strappato un sorriso, per un particolare diverso da tutti gli altri, piccola scintilla di umanità in una miriade di attimi vertiginosamente uguali tra loro.

Come lei, che mi raccontava del marito a casa: doveva tornare per lui, che aveva sposato tanti anni fa e che non sarebbe stato proprio capace di rimanere da solo, così anziano. Parlava lentamente mentre con l'ago le frugavo il braccio alla ricerca di un'arteria troppo sottile per essere percepita. Le stavo facendo male, sicuro, ma lei sembrava far finta di nulla e continuava a raccontarmi di quella storia così normale ed unica, regalandomi la scusa per un altro tenta-

tivo. Per ottenere cosa, poi? La ascoltavo evitando di chiedermelo.
“Ecco fatto signora, è stata dura ma ci siamo riusciti!”.
I valori non andavano bene; l’abbiamo trasferita ed è morta poche ore dopo.
Chissà il marito, a casa da solo.

Guardo la porta d’uscita. La bandiera con l’arcobaleno che ci siamo ostinati a sistemare ogni volta che è caduta ora è lì, quasi a terra, aggrappata ad un ultimo pezzo di cerotto.

Andrà tutto bene.

E mi ritrovo a pensare che no, non è andato tutto bene.
Ci hanno chiamati eroi per aver fatto il nostro dovere nel momento in cui serviva, e forse all’inizio anche noi ci siamo sentiti un po’ così, eroi invincibili pronti a fronteggiare un nemico sconosciuto. Poi, però, quel nemico si è avvicinato e ci ha coperti, travolti, *ridimensionati*.

Mattoni, ecco cosa siamo stati; mattoni di un argine che è riuscito a reggere mentre l’acqua strabordava e proseguiva la sua corsa. Ne abbiamo ridotto la portata, certamente, ma non si può parlare di vittoria guardando le macerie rimaste dietro di noi.

Un’intera generazione decimata, le colpe di molti e quindi di nessuno.

Eravamo impreparati? Ovvio, nessuno può dirsi davvero preparato ad un evento simile; ma nascondere tutto sotto il tappeto del “non potevamo aspettarcelo” non basterà a giustificare gli errori. Troppi meccanismi non hanno funzionato, troppe voci sono rimaste inascoltate negli anni, quando si osava ricordare l’importanza della sanità pubblica e se ne denunciava il lento e silenzioso smantellamento. Noi eravamo l’“eccellenza” e chi si permetteva di obiettare non era altro che un gufo disfattista.

Così gli Ospedali sono diventati Aziende, il territorio ha visto scomparire i suoi presidi quelli sì, veri argini che avrebbero potuto frenare l’onda ed i pazienti si sono trasformati in DRG, codici, rimborsi. Molti i Don Chisciotte che hanno continuato la loro battaglia per fermare questo lento scivolare: sottopagati, sminuiti, inascoltati; eppure, guardandoci attorno, oggi, ci rendiamo conto che i mulini a vento contro cui combattevano non erano poi così immaginari.

Di loro, però, non si sentirà mai parlare, con i media troppo im-

pegnati a cercare l'eroe del momento, pronto all'uso e non troppo scomodo, se possibile.

Così eccoci tutti a seguire il triste teatrino degli "scienziati", degli esperti, dei *superman* in corsia, pronti a giocarsi reputazioni scioccando numeri, revisioni e risultati puntualmente smentiti pur di guadagnarsi il loro quarto d'ora di celebrità. Come se la medicina fosse questo, come se la ricerca potesse essere ridotta ad un sensazionalistico titolo di giornale, al farmaco miracoloso, alla cura rivoluzionaria. Poteva essere la grande rivincita della scienza sulla tuttologia che da troppo tempo imperversa e si fa strada, invece è stata solo l'ennesima occasione persa.

E noi? Ci siamo ripetuti che ne saremmo usciti diversi, cambiati, migliori. Forse in parte è stato così, ma l'impressione ultima è che non siamo più in grado di ammetterci impotenti di fronte a qualcosa. Non siamo abituati all'idea che esistano eventi capaci di sfuggire al nostro controllo, terrorizzati come siamo dal vederci privati della nostra "normalità", del riconoscerci fragili e fallibili. Se le cose vanno male la colpa deve per forza essere di qualcuno e la soluzione non può che essere a portata di mano; eppure, basterebbe spingere un po' più in là lo sguardo per accorgersi di quanto questa nostra egocentrica visione del mondo sia assolutamente minoritaria, di quanto quella che noi ci ostiniamo a considerare normalità sia soltanto un mucchio di immeritati privilegi.

È andata così.

Abbasso la maniglia, apro la porta e penso a quanti pazienti l'hanno attraversata sulle loro gambe, in questi mesi, dopo giorni di lotta finalmente vinta. Si sono lasciati dietro un saluto, un sorriso, un "grazie" che spesso è stata la ricompensa migliore.

Ripenso a loro e a tutti quei Don Chisciotte che mi sono stati accanto condividendo stanchezze, sorrisi, rabbia e piccole vittorie, che ci sono sembrate così grandi in mezzo alla tempesta.

Persone normali, non eroi, che si sono trovate a fare il loro dovere il meglio possibile. Piccoli mattoni che non hanno fermato l'onda, ma di certo sono riusciti ad arginarne i danni.

Silenzio.

Di questo avremmo avuto bisogno in mezzo alle troppe parole dette per forza, alle certezze vomitate per nascondere le nostre fragilità.

Un passo, poi la porta si richiude alle mie spalle.

Abbiamo spalancato gli occhi e abbiamo guardato

23 giugno 2020



Emilio Del Bono
Sindaco di Brescia

Donatella Albini
*Delegata alla Sanità
del Comune
di Brescia*

All'inizio erano gli incontri in prefettura, gli occhi preoccupati, il viso tirato del presidente dell'Ordine dei medici e del responsabile di malattie infettive dell'ospedale, la tensione dei direttori generali di ATS e ospedali, la preoccupazione scandita dalle domande dei sindaci sull'onda che si stava alzando, davanti alla quale non si vedevano argini, né barriere, ma una cupa solitudine.

Poi erano le sirene delle ambulanze e il volo dell'elicottero di soccorso, suoni all'inizio consueti, non ci si badava neppure, poi col passare dei giorni erano continui, taglienti invadenti.

Cittadini e cittadine cominciano a chiamare: sono a casa, non stanno bene, hanno la febbre, non riescono a parlare con nessuno, figli che proteggono genitori anziani, sorelle, fratelli, nipoti che chiedono aiuto per parenti soli, RSD che domandano dpi e linee guida, che fare, RSA che chiedono sistemi e modelli di protezione e di cura, tutti chiedono tamponi per capire, curare, arginare questa oscura sofferenza.

Noi, comunità politica che governa la città, non abbiamo risposte, e allora chiamiamo ATS e poi l'ospedale e poi il presidente dell'Ordine e poi i presidenti delle farmacie comunali e private, per poter dare indicazioni concrete e risposte, le assistenti sociali battono palmo a palmo la città, entrano nelle case di chi già conoscevano e di

chi è a loro segnalato, solo, povero e portano vicinanza, cibo, farmaci, i quartieri attivano volontari per tessere la rete dell'assistenza, del supporto, della parola e del sorriso, i centri anti violenza hanno antenne alte, attivissime, perché l'isolamento in casa significa ancora e troppo spesso convivere col proprio carnefice.

Abbiamo spalancato gli occhi sulle ferite che il COVID ha aperto, abbiamo accompagnato ai cimiteri chi è morto solo, con una carezza in ospedale, ma non con la tenerezza di chi ama, abbiamo visto che non sempre il virus è la causa, ma il sintomo di una malattia sociale già esistente e dunque c'è bisogno della rinascita di una comunità civile, quello tocca a noi, ascoltando parole e silenzi, sguardi e assenze della nostra città.

CAPITOLO V

Prospettive



Renzo Rozzini
*Fondazione
Poliambulanza,
Istituto
Ospedaliero,
Brescia*

Le epidemie alla fine si risolvono, o perché vengono arginate dagli interventi di salute pubblica o perché si esauriscono le vittime sensibili. La sceneggiatura è la medesima: iniziano in un momento temporale apparentemente non prevedibile, si manifestano su un palcoscenico limitato in spazio e durata, seguono una trama di crescente tensione, passano da una crisi di carattere dapprima individuale e successivamente collettivo, e infine vanno alla chiusura.

Albert Camus dice che la peste finisce.

Secondo gli storici, le pandemie in genere terminano in due modi: quella medica, che si verifica quando precipitano incidenza e tassi di mortalità, e quella sociale, quando l'epidemia della paura per la malattia si attenua.

Quando le persone chiedono "Quando finirà?", chiedono del termine sociale non di quello medico. In altre parole, la fine può verificarsi non perché una malattia è stata sconfitta, ma perché le persone si stancano della "modalità panico" e imparano a convivere con la malattia.

Una possibilità è che la pandemia di coronavirus possa finire socialmente prima che finisca in modo medico. Le persone possono diventare così stanche delle restrizioni da dichiarare terminata la pandemia, anche se il virus continua a bruciare nella popolazione e prima che venga trovato un vaccino o un trattamento efficace.

"È abbastanza. Merito di poter tornare alla mia vita normale".

Quando la comunità deciderà che l'epidemia è terminata probabilmente quello che è stato fatto verrà dimenticato.

L'epidemia è terminata. Ora si deve ripartire.

Abbiamo ferite da rimarginare, meno energie, e dobbiamo sapere dove andare.

Medici e infermieri e tutti quelli impegnati ad arginare i danni dell'epidemia, gli "eroi", sono provati. L'effetto degli applausi, degli striscioni fuori dall'ospedale per onorarli, delle pizze e delle brioches e i biscotti fatti in casa e delle lettere di ringraziamento sui giornali si è esaurito. Rimangono le ferite.

Per molti ora il nemico da combattere è il senso di inadeguatezza e di ansia, il disagio che può e potrà ostacolare la capacità di continuare a lavorare con l'intensità e la concentrazione necessaria.

Col venir meno della forza della pandemia si è esaurita l'adrenalina, sostituita dalla depressione, dalla delusione, e soprattutto da un sentimento di insufficienza.

La casta dura e invulnerabile, che non chiede aiuto, né ammette la paura, che deve mostrare un'immagine di sé di autosufficienza è provata, in taluni casi veramente alle corde.

Su medici e infermieri l'impatto della infezione da coronavirus è stato paragonato, per violenza, a quello provocato da un evento catastrofico, da un terremoto, da uno tsunami e molti hanno descritto l'impegno e le energie impiegate dai sanitari assimilandole a quelle che si usano in una guerra (ma dovendosi confrontare con un nemico invisibile, diversamente che in guerra dove il nemico è visibile ed è più facile difendersi).

Il tempo della pandemia è stato anche un tempo lungo, di stress cronico, che ha impedito di elaborare quanto successo.

Non è difficile immaginare che questo abbia lasciato strascichi, esiti psicologici, ferite anche profonde, che richiedono di essere riconosciute e trattate.

In guerra il disagio psicologico che consegue alle azioni o alla loro mancanza che violano il codice etico viene definito "ferita morale". La ferita morale non è una malattia mentale, ugualmente è facile che chi sviluppa una ferita morale provi pensieri negativi su se o sugli altri (ad esempio, "Sono una persona inadeguata per questo lavoro" o "Il mio capo non si preoccupa della vita delle persone") così come intensi sentimenti di vergogna o di colpa: è la premessa a più gravi difficoltà psichiche, tra cui la depressione, il

disturbo post traumatico da stress e persino l'ideazione suicidaria. E poi medici e infermieri sono provati dalla fatica, sia fisica (determinata dal "non fermarsi mai", da turni che si prolungano per giorni interi ed oltre, etc) sia psicologica.

Nelle situazioni di grande emergenza vissute dal personale sanitario è completamente "saltata" la separazione fra lavoro e riposo, fra mondo lavorativo e familiare, fra vita pubblica e privata, con la rottura di ogni barriera e ogni limite, ciò che rappresenta un importante elemento per la salute mentale dei professionisti.

Questi ultimi (barriere e limiti) costituiscono elementi - poco evidenziati (forse perché non appartenenti ad una visione "romantica" delle professioni di aiuto), ma indiscutibili che permettono la "sopravvivenza" mentale (oltre che fisica) degli operatori che, nel loro lavoro quotidiano "normale", sono chiamati a fare i conti con il dolore dei pazienti e con il proprio dolore, quello evocato dalla sofferenza dei pazienti.

E poi l'esposizione massiva alla morte, con tantissimi pazienti deceduti, evento che ogni giorno si è ripetuto in spregio alla fatica assistenziale (a volte addirittura sacrificale) profusa. Questo imponente contatto con la morte non può non aver ridotto (e, in alcune persone, disintegrato) la "normale" e attuale propensione a rimuovere la morte, nel tentativo di scacciarla dalla propria esistenza, come fosse un evento estraneo.

Il termine inglese con cui si definisce la fatica emozionale è "*compassion fatigue*" (letteralmente "la fatica compassionevole"), problema emotivo che si determina nel medico a causa del senso di impotenza e anche dal timore della inefficienza delle cure erogate, cioè a causa della paura di non avere fatto tutto il possibile per chi è morto.

La *compassion fatigue* è una condizione caratterizzata da una graduale e progressiva diminuzione del desiderio di prendersi cura, ovvero della compassione. La *compassion fatigue* è stata inizialmente studiata nel campo della traumatologia, dove è stata chiamata anche "costo della cura" come se fosse "il prezzo emotivo da pagare" per coloro che si prendono cura degli altri.

Infine, la colpa. Un comportamento drammatico tipico delle epidemie è quello di perseguire l'attribuzione di responsabilità. Chi governa risponde esercitando la sua autorità, alla fine chi ne paga le conseguenze sono le persone senza potere o privilegi. In non

poche situazioni saranno gli ex-eroi (medici e infermieri) a dover pagare in larga parte errori che ci sono stati. Errori frutto anche (non solo) della nostra (di tutti) ignoranza su questa potente malattia.

La ferita morale nasce in questo contesto. Non tutti quelli che hanno lavorato contro il COVID-19 saranno influenzati negativamente dalle sfide future, ma nessuno è invulnerabile e molti operatori sanitari rimarranno duramente segnati dall'esperienza, forse per molto tempo.

Come fare a riparare le ferite ora che la crisi è finita e dobbiamo pensare al futuro? Con quali energie e soprattutto cosa rimarrà di utile dell'esperienza vissuta.

Gli ultimi quarant'anni della medicina e della sanità sono stati dominati dalla cronicità ("La malattia di Alzheimer: epidemia silente degli anni duemila", "La cardiopatia ischemica: lo tsunami della società moderna", "L'ipertensione arteriosa: killer silenzioso della modernità"). L'esperienza di questi mesi non ha nulla a che fare con un probabile futuro. Il futuro cui andiamo incontro è ciò che c'era prima, sarà il nostro recente passato. Che insegnamenti possiamo ricavare dall'esperienza ultima, che nulla ha a che fare con quanto era noto?

Il COVID ci ha però imposto la realtà dei pazienti gravemente malati, momenti dolorosi di approfondimento del ruolo medico che la vita ospedaliera degli anni recenti ci ha dato in modo approssimativo.

Siamo stati costretti a stare nel caos e a comprendere più profondamente le esperienze dei pazienti con la malattia grave. Nel lungo termine potrebbero trarne vantaggio la nostra capacità empatica, approfondita, la nostra prassi clinica e le nostre modalità assistenziali.

Questi mesi hanno ricordato a tutti che la morte e la malattia sono aspetti inevitabili della vita. Negli anni recenti sembrava che avessimo sviluppato in proposito una negazione delirante.

Ogni giorno ci è stata posta innanzi la fragilità del corpo umano e che la mortalità si nasconde dietro l'angolo.

Il COVID ci ha messo di fronte altresì alla fragilità dei sistemi di cura e al pericolo di una malattia contro la quale la medicina (la scienza) ha potuto fare poco (come in altre epidemie gli interventi medici e di salute pubblica spesso non sono riusciti a controllare la diffusione del contagio) e ugualmente ci ha dato la consapevolezza che laddove i sistemi fossero organizzati e l'idealità degli

operatori diffusa si potrebbero arginare anche gli eventi più drammatici.

Se fossi invitato a fare un bilancio crudo direi anche che ciò che è alto e nobile della medicina (la scienza e idealità) ha avuto un ruolo pur centrale, ma molto meno rilevante rispetto all'organizzazione: si è stati molto vicini ai pazienti, senza strumenti terapeutici, ma le vite le ha salvate l'organizzazione.

Il mio ospedale iperorganizzato si è trasformato in pochi giorni da ospedale multispecialistico in ospedale COVID riuscendo ad accogliere più di 400 pazienti, dando loro laddove necessario, intensività di assistenza e di cura e da ospedale COVID è ritornato in altrettanti pochi giorni in ospedale multispecialistico.

Un sistema non organizzato non avrebbe potuto trasformarsi e ritrasformarsi con tanta rapidità.

Il nostro sapere, i nostri strumenti di cura, i farmaci invece, sono serviti in modo poco rilevante. In studi controllati nessun farmaco tra quelli utilizzati risulterà essere in grado di modificare la traiettoria di salute dei pazienti COVID.

Il pericolo è che ora il pensiero che sta alla base dell'organizzazione (la tecnologia e il tecnicismo) possa diventare dominante sovrastando l'ispirazione ideale dell'ospedale che invece deve trarre vantaggio dall'organizzazione e dalla tecnologia, ma non esserne dominata.

Dovremmo allora ripartire, in modo chiaro, dai fondamenti della prassi medica: una più consapevole percezione del pericolo di tutte le epidemie (specialmente di quelle vere, che mai avevamo valutato seriamente), l'ineluttabilità della morte quando la malattia è grave e incontra la fragilità e la centralità della cura (base ideale della professione sanitaria). Se si perde la cognizione dei valori fondativi si corre il pericolo non soltanto di una *debacle* degli atti di cura, ma di reagire in modo ulteriormente negativo all'impoverimento ideale che purtroppo da tempo sta minando l'ispirazione dell'assistenza medica cedendo ulteriormente sui nostri fondamenti, la gratuità, la misericordia, la compassione, motivi per cui la medicina è sempre stata roccaforte della coesione sociale e barriera alla sua disgregazione.

Per centinaia di anni, i militari hanno riconosciuto il ruolo fondamentale dei "*leader junior*" nel mantenere la volontà e la capacità delle truppe di continuare a combattere anche nelle condizioni più difficili. Se dobbiamo mantenere la similitudine tra la guerra e la

pandemia da coronavirus dobbiamo allora investire sui “leader junior” della medicina, su chi ha l’energia fisica e psichica per farlo. I giovani possono essere i protagonisti del cambiamento; la maggior parte degli operatori sanitari ha scelto la professione con aspettative umanitarie ed è stata successivamente catapultata nello studio dove invece prevale il rigore scientifico, intrinsecamente povero sotto il profilo dell’esperienza umana. Agli inizi della professione un medico, un infermiere, mantiene la capacità di coniugare le motivazioni iniziali, non ancora corrotte dal tempo della professione, con il sapere tecnico o tecnicistico seppur acerbo e in formazione. Non ha ancora perso la pulsione primigenia della vocazione alla cura e ha la freschezza del desiderio di nuova conoscenza. Per questo i giovani professionisti potranno essere gli attori del cambiamento. «La salute nel dopo COVID non potrà essere salvaguardata se non con sforzi creativi» e la creatività è dei giovani. Con la loro potente energia si dovrà ripartire.

COVID-19 e malattia cronica: l'esperienza dell'ASST Spedali Civili

8 giugno 2020



Umberto Valentini
*già Direttore U.O.
Diabetologia,
ASST Spedali Civili
di Brescia*

Il 4 febbraio di quest'anno, dopo 40 anni di servizio ospedaliero effettivo (prima internista, poi diabetologo) sono andato in "quiescenza" dall'ASST Spedali Civili: dopo meno di un mese COVID-19 ha creato una situazione di emergenza in tutti gli Ospedali della Provincia; negli Spedali Civili in pochi giorni 800 ricoverati per polmonite virale con insufficienza respiratoria.

Molte U.O si sono trasformate in reparti COVID-19 e sono cominciati a scarseggiare i medici: il nostro Ordine ha chiesto la disponibilità agli iscritti di prestarsi come volontari per aiutare i colleghi in servizio e sostituire quelli che si erano contagiati.

Sono stato richiamato dall'ASST Spedali Civili ai primi di marzo.

Mi sono trovato in una realtà nuova, immagino mai esistita: medici di diversa estrazione che in condizioni "normali" hanno pochi contatti, si sono trovati a lavorare fianco a fianco e le differenze si sono attenuate o addirittura scomparse. Ognuno ha dato il proprio contributo, chi non aveva una estrazione internistica/pneumologica/infettivologica ha fatto il consulente per la propria parte specialistica e si è fatto carico della parte amministrativa (lettere di dimissione, segnalazione malattie infettive, richieste di esami...).

In questa situazione drammaticamente nuova, mi sono trovato con i colleghi a gestire gli imprevisti e a trovare nuovi modi per lavorare insieme con sentimenti ed emozioni raramente provate in condizioni lavorative "normali": incertezza, confusione, frustrazione, inadeguatezza, ma anche senso di appartenenza, soddisfazione, di utilità.

Una presenza quotidiana: i volti dei colleghi e degli infermieri, segnati dalla stanchezza e dalle mascherine, dal dolore per la perdita di un paziente o dalla soddisfazione per la guarigione. In questo Ospedale improvvisamente cambiato, l'aspetto professionale si è arricchito delle diverse personalità, ci si è conosciuti in modo diverso, senza barriere o pregiudizi: chirurghi, maxillo facciali, cardiocirurghi, pneumologi, diabetologi, immunologi... hanno condiviso la clinica e le emozioni del momento, hanno lavorato insieme con al centro il paziente. Una sorta di Dipartimento spontaneo dove ogni medico istintivamente si è collocato nel ruolo più congeniale.

Non pensavo a fine carriera di vivere questa esperienza e le sensazioni non sono facilmente trasmissibili e tantomeno quelle provocate dal COVID-19; difficile per chi non ha vissuto in ospedale quelle settimane, riuscire capire sino in fondo l'atmosfera che si respirava, i mutamenti delle persone, il senso di comunità, di appartenenza e le forti emozioni.

Ma durante quelle settimane ci si è organizzati per garantire continuità assistenziale alle persone con malattia cronica.

La necessità di limitare il contagio ha reso necessario prevenire gli assembramenti e garantire il *lockdown*, limitando l'attività ambulatoriale alle sole urgenze. E le altre centinaia di pazienti che ogni giorno accedevano alle attività ambulatoriali? Una popolazione eterogenea in cui si mescolano persone con una malattia stabile, solo da monitorare a persone con una condizione clinica non grave e neppure urgente ma a rischio di episodi acuti, di aggravamento improvviso.

Come non interrompere il percorso di continuità terapeutica ed assistenziale dei pazienti cronici? Come evitare possibili peggioramenti clinici? Come riorganizzarsi?

Obiettivi non semplici e non facili da raggiungere.

In pochi giorni è stato dato un impulso alla telemedicina: il Servizio Informatico ha permesso l'accesso a programmi di videochiamata e dotato i pc di videocamere, la Direzione ha definito le modalità amministrative per riconoscere e documentare l'attività. Sono nate le televisite: vengono pianificate su agende giornaliere e generano prestazioni come una normale attività ambulatoriale. È stato definito un percorso "istituzionale" di televisita, strutturato e omogeneo tra le diverse U.O.

- Contatto telefonico da parte del medico/ infermiere per verifica dei “requisiti” da parte del paziente (pc, abilità informatiche, in caso contrario si contatta parente previo consenso dell’interessato...) e della disponibilità degli esami necessari.
- Il medico richiede l’invio (mail o fax o altro) degli esami bioumorali e strumentali.
- La visita di controllo classica viene poi frazionata nelle sue parti essenziali per poterla adattare meglio all’approccio telematico.
- Il paziente viene accettato amministrativamente, solo se esente, direttamente dal medico che effettua la visita.
- Alla fine, via mail o FAX o altro, viene inviato al paziente il referto della televisita.
- In caso di aggravamento delle condizioni cliniche, il paziente viene messo in visita ambulatoriale urgente.
- Il referto viene caricato su Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente e stampato, a disposizione per l’eventuale ritiro ambulatoriale e per l’archiviazione.
- Le impegnative per esami e controlli successivi sono dematerializzate e inviate via mail.

L'emergenza COVID ha cambiato profondamente in poche settimane, l'attività ambulatoriale dedicata alle malattie croniche, la telemedicina è entrata di prepotenza ed è verosimile che questa modalità diventi routinaria: sino a che sarà necessario adottare il distanziamento sociale non sarà possibile avere molti pazienti in sala di attesa o in coda per l'accettazione amministrativa.

Ma vi sono indubbi vantaggi per i pazienti con malattia stabile, non evolutiva, in visita spesso per la conferma della terapia: tempo risparmiato, nessun spostamento, orari concordati. Vantaggi anche per i pazienti più gravi che accedono invece all'ambulatorio: i medici e gli infermieri, avranno più tempo da dedicare loro.

Tuttavia, la telemedicina presuppone un paziente “esperto” in tecnologia, purtroppo molti non lo sono e questo pone un limite, può essere discriminante, limitare l'accesso alle cure.

Ora che lentamente sta ripartendo l'attività ambulatoriale, per i cronici nascono degli interrogativi: come “recuperare” i pazienti che non hanno potuto accedere all'ambulatorio durante il *lock-down*? Come garantire lo stesso volume di prestazioni date e le limitazioni del distanziamento sociale? Si allungheranno le liste di attesa? Quali rischi per la salute? La telemedicina aiuterà certamente ad affrontare questi problemi.

L'emergenza COVID-19 ha accelerato l'evoluzione tecnologica e creato modalità nuove ed efficaci per gestire la cronicità, facilitando l'erogazione delle prestazioni e l'interazione tra i medici Specialisti e del Territorio (MMG, RSA, ...). Le televisite si propongono quindi come un effetto positivo della pandemia, ma dovranno essere identificati opportuni indicatori (clinici, organizzativi, economici...) per misurarne la qualità e promuoverne un processo di miglioramento.

La Medicina Generale del futuro

*Dalle riflessioni post COVID emerse
in un gruppo di giovani MMG*

9 giugno 2020



**Francesca Caselani,
Alice Monti**

Iniziamo a prendere fiato dopo questo assurdo periodo di intensa e particolare attività lavorativa che ci ha messo, più di altre volte, davanti alla realtà della medicina generale e, come una lente d'ingrandimento ha permesso di vedere, forse con più chiarezza, non solo i suoi difetti, ma anche le potenzialità per il futuro.

Molte considerazioni sono state fatte in questi mesi sulla medicina generale: va cambiata, smantellata, riformata, abolita, ristrutturata, potenziata...

Abbiamo sentito le dichiarazioni più disparate, da attacchi frontali: "Nessuno va più dal medico di famiglia..." a difese a spada tratta: "la medicina generale è una risorsa preziosa...".

In questo contesto è normale chiedersi quale sia il nostro ruolo come medici di famiglia e ancor più quale sarà in futuro.

Noi "giovani" MMG (inseriti nella professione per ultimi, ma non più di primissimo pelo) ci siamo molto confrontati durante questi mesi di confusione, abbiamo avuto occasione di scambiarci idee, opinioni e abbiamo maturato diverse riflessioni.

La prima di queste è che manca nella popolazione (e a volte tristemente anche nella classe politica dirigente) una cultura su cosa effettivamente sia la medicina di famiglia e di cosa si occupi il

medico di medicina generale. Nell'immaginario collettivo siamo figure che in ambulatorio fanno ricette e visitano chi ha influenza e mal di ginocchio e, nel tempo rimasto, se va bene, vanno a domicilio a curare gli anziani. Figure percepite a volte, come di poco valore e per questo "sacrificabili".

Sappiamo bene, invece, che il nostro ruolo è molto più complesso e non si riduce alla sola cura delle acuzie, ma diventa fondamentale nella prevenzione della salute, nella gestione dei malati cronici e nella presa in carico dei fragili.

Considerazione immediatamente successiva è che, proprio per la mancata percezione del nostro ruolo fondamentale e del nostro potenziale (che se giustamente valorizzato porterebbe anche ad un efficientamento delle risorse con un conseguente risparmio per il servizio sanitario nazionale), ci troviamo spesso senza gli strumenti adeguati ad affrontare la complessità del territorio.

Forse è arrivato il momento di investire sulla medicina di famiglia e renderla davvero la medicina per il futuro?

Cosa servirebbe?

È scontato e banale, ma il primo passo per fare la differenza è l'implementazione del personale di studio: un servizio di segreteria efficiente in grado di sgravarci dal grosso carico burocratico quotidiano e di gestire il flusso di assistiti in studio e infermieri/e di famiglia che possano affiancarci nella presa in carico dei malati cronici (es. educazione e monitoraggio) e supportarci nella gestione domiciliare dei malati fragili e complessi.

L'utilizzo a pieno della tecnologia è il secondo passo. I dati che raccogliamo nelle nostre cartelle cliniche informatizzate sono una risorsa ad oggi ancora poco valorizzata. Se correttamente raccolti permetterebbero non solo di poter gestire al meglio la nostra popolazione di assistiti mediante il monitoraggio di indicatori, percorsi di *audit* o *self audit*, giusto per fare qualche esempio, ma anche di rendere la ricerca in medicina generale una pratica se non abituale, perlomeno più frequente.

Sarebbe, inoltre, ottimale sfruttare a pieno la telemedicina, il telemonitoraggio, il teleconsulto; tutto questo a beneficio della medicina di prossimità.

Terzo passo: uniformità di comportamenti. In un mare di linee guida per medici specialisti, è indispensabile avere delle linee guida per la medicina generale, specificamente dedicate al nostro setting lavorativo.

Andrebbero, inoltre, di concerto, sempre più implementati percorsi condivisi con l'ospedale, superando la classica netta separazione con il territorio, rendendo più fluido il passaggio del paziente da un *setting* ad un altro, mediante comunicazione efficace tra specialistica e medicina generale, gestione condivisa degli assistiti in cui è chiaro per tutti il ruolo dei professionisti coinvolti.

Infine, la domiciliarità (comprese le cure palliative) dovrebbe prevedere noi medici di famiglia quali attori principali. Con il giusto supporto e organizzazione potremmo occuparci efficacemente dei nostri assistiti più fragili, conoscendone non solo l'evoluzione clinica, ma il contesto familiare, sociale e assistenziale.

In alcune realtà territoriali illuminate molti dei punti sopra elencati sono già stati attuati, a volte come progetti sperimentali, a volte in dimensioni più strutturate e durature. Pensiamo ad esempio, ad alcune medicine di gruppo virtuose della nostra Provincia, che sono un modello di medicina generale innovativa. Questo significa che il cambiamento non solo è possibile in un domani, ma potrebbe esserlo già oggi.

Se solo le Istituzioni prendessero coscienza dell'enorme potenziale e risorsa che rappresentiamo noi medici di medicina generale.

Un'esperienza sistemica e globale

23 giugno 2020



Alessandro Turra

Ematologo

Rappresentante

nel Consiglio

dei Sanitari

per i Medici

Ospedalieri,

Spedali Civili

di Brescia

COVID-19 si è rivelata essere un evento epocale per il coinvolgimento “sistemico” che ha determinato e quindi non solo una malattia.

Sistemico vuol dire coinvolgimento a livello di salute psicofisica globale sia per l'organismo umano che per la comunità sociale che insieme formiamo.

Dal punto di vista medico il nuovo virus ha dimostrato di poter determinare condizioni patologiche a livello di diversi tessuti, organi e apparati dell'organismo, motivo per cui la sua gestione si è basata su una collaborazione multidisciplinare di operatori sanitari specialisti e non, dislocati sia a livello territoriale che ospedaliero. Inoltre, dal punto di vista umano, la malattia ha determinato un profondo coinvolgimento psicologico ed emotivo a livello personale, familiare e di comunità. L'esperienza per il malato si è dimostrata essere dura da tutti i punti di vista. Nello specifico, la sua ampia variabilità clinica ha determinato diversi livelli di intensità, da quelli asintomatici o paucisintomatici a quelli di grave insufficienza singola o multiorgano fino alla necessaria terapia intensiva. La malattia “fisica” è stata accompagnata da una profonda esperienza emotiva che ha segnato ogni paziente in maniera significativa. Il paziente ricoverato si è trovato improvvisamente solo e privo della vicinanza degli affetti più cari con cui, al massimo, poteva comunicare attraverso un video messaggio, il più delle volte breve, sicuramente insufficiente, ma carico di grande significato in quelle poche parole e sensazioni condivise. Anche il paziente a domicilio si è trovato improvvisamente rinchiuso nella sua stessa casa, quasi

fosse diventata una prigione da cui era vietato scappare. Poche parole, poche azioni ma tante emozioni nel cuore, dove la sofferenza ogni giorno sembrava assumere aspetti diversi, talvolta in positivo verso una concreta speranza di stare meglio, talvolta in negativo e in rapido scivolamento verso una tristezza sempre più profonda. Insieme, ci sono stati medici, infermieri ed operatori sanitari di diverse competenze a tentare di arginare un'ondata improvvisa diventata presto uno *tsunami*.

Molti medici in prima linea si sono trovati in un primo momento spaesati, preoccupati, turbati di fronte ad un evento mai visto in questi termini di gravità, ma non c'è stato tempo neanche di provare paura né altri sentimenti di difesa perché ci si è dovuti rimboccare le maniche cercando, con ogni mezzo e idea a disposizione, di fare sempre il massimo per il bene dei pazienti anche rischiando quotidianamente il contagio e quindi la vita propria e dei propri cari.

Il nostro ospedale che, prima di tutto, è l'ospedale dei pazienti ha risposto con grande rapidità e capacità di adattamento, modulando se stesso e trovando risorse umane, organizzative e strutturali pronte e "fluide" cioè in grado di adattarsi al continuo cambiamento della situazione.

La partecipazione e la professionalità di tutti i sanitari è stata totale e così sentita da essere quasi commovente.

Non si deve tuttavia dimenticare che COVID-19 è stato un evento traumatico anche per tutti gli operatori sanitari in quanto li ha messi di fronte ad un carico di lavoro inerente non solo la cura del corpo ma anche della componente emotiva e psicologica. Considerata l'impossibilità di aver vicino i propri cari, gli operatori sanitari sono diventati anche *caregiver* del paziente e si sono fatti carico in maniera straordinaria della sofferenza emotiva pur facendo i conti con i propri limiti umani e con la propria vulnerabilità. Questo rende doveroso riflettere su un aspetto finora poco "curato" e cioè la capacità di gestione della propria emotività, soprattutto ora, dopo essere stati a contatto per così tanto tempo con un'emergenza mai vista prima e così intrisa di sofferenza. Valutando anche l'istituzione di percorsi dedicati, bisogna dare a tutto il personale sanitario la possibilità di poter elaborare il trauma vissuto, premessa fondamentale per recuperare l'equilibrio necessario per poter curare in maniera appropriata.

Rimarrà un'esperienza unica nella sua tragicità sia per i pazienti

che per tutti gli operatori sanitari ma ora si apre una nuova fase dove la domanda più frequente ed inquietante rimane questa: “ora cosa succederà?”. Non esiste risposta perché non si può sapere, possiamo solo fare tesoro di quanto successo e non farci cogliere impreparati da eventuali futuri scenari simili a questo.

Per farlo serve una nuova consapevolezza: nelle nostre doti di forza, collaborazione costante e capacità di cambiamento. A questo proposito non dobbiamo dimenticare che il sistema sanitario è un patrimonio di tutti, dove ogni paziente ha il diritto di essere curato perché tutte le vite hanno lo stesso valore in quanto facenti parte di un nucleo comune di umanità.

La fase che si è aperta, pur essendo piena di domande difficili a cui rispondere, non può prescindere da alcuni principi cardine: collaborazione, dialogo, disponibilità e ricerca.

La gestione del paziente affetto da malattia COVID-19 necessita di risorse umane, strutturali ed economiche a tutti i livelli della società, motivo per cui il contributo di ogni cittadino e di ogni professione risulta determinante per un’evoluzione favorevole globale.

La collaborazione tra autorità sanitarie e amministrative, nel rispetto delle competenze di ognuna, risulta cruciale per una corretta pianificazione organizzativa che deve prevedere un preciso piano di gestione congiunto.

Primi fra tutti, l’identificazione precoce dei casi a livello territoriale e l’inizio immediato di una gestione domiciliare, possono risultare determinanti per ridurre l’evoluzione ad un quadro clinico severo che necessiterebbe di ospedalizzazione e, di conseguenza anche per alleggerire la pressione sulle strutture sanitarie. Una volta identificato, il paziente COVID-19 deve essere stratificato sulla base della sua complessità e del conseguente livello di assistenza di cui necessita mediante un’attività di *triage* iniziale che possa definire un livello di intensità bassa, intermedia o alta. A questi tre livelli dovrebbero corrispondere tre diversi ambienti di cura, rispettivamente identificabili nel domicilio, nella struttura intermedia e nell’ospedale. Per i pazienti di bassa intensità la propria residenza o in alternativa altre strutture (es. alberghi) presso le quali sia possibile accogliere pazienti anche pauci o asintomatici, che non necessitino di assistenza medica continua, laddove l’isolamento fiduciario risulti impossibile o difficoltoso. Per i pazienti di media intensità sarebbe importante definire le

cosiddette “strutture intermedie”, ambienti in cui sia possibile ricoverare e assistere i pazienti a bassa e media intensità, non gestibili a domicilio e in cui sia possibile trasferire i pazienti dimessi dall’ospedale per la riabilitazione e/o isolamento prima del rientro a domicilio.

Le strutture intermedie andrebbero identificate a livello territoriale dagli organismi competenti e dovrebbero essere fisicamente separate e indipendenti dagli ospedali. Per i pazienti che necessitano di media-elevata ed elevata intensità di cura si rende invece necessaria l’ospedalizzazione, ed ogni struttura ospedaliera pubblica o privata che sia, dovrebbe continuare a dare il proprio contributo prendendo in carico il paziente sia in fase acuta che in una successiva eventuale cronicità.

Risulta cruciale definire all’interno di una struttura ospedaliera un’area specifica, strutturalmente indipendente rispetto al resto dell’ospedale, con percorsi dedicati per questa tipologia di pazienti, così come risulta fondamentale che ci sia adeguato personale sanitario sia nei numeri che nelle competenze specifiche che non possono prescindere da una formazione mirata. La gestione del paziente ad ogni livello (domicilio, struttura intermedia, ospedale) dovrebbe configurarsi come un sistema in grado di dialogare costantemente sia in entrata che in uscita. Questo perché il livello di intensità e la conseguente necessità di assistenza possono evolvere rapidamente sia in termini di *upgrade* che di *downgrade*.

Non dimentichiamo inoltre l’importanza delle cure palliative ospedaliere e territoriali: l’eventuale indicazione a cure palliative precoci (o simultanee) con attenzione particolare alla gestione del contesto familiare e sociale risulta essere un ambito di estrema importanza e meritevole di significativa integrazione.

È importante ribadire la centralità della medicina del territorio a cui vanno rivolti gli sforzi maggiori affinché si possa ricostruire un sistema di gestione con le risorse appropriate. Questo perché l’eccessiva ospedalizzazione è a sua volta fonte di contagio e di diffusione dell’epidemia, soprattutto nel personale sanitario di assistenza. Per questo motivo l’assistenza domiciliare e lo spostamento dell’attenzione dall’ospedale al territorio risulta essere un nodo cruciale nella gestione globale del paziente.

A questo proposito ci tengo a ringraziare personalmente i colleghi di medicina generale per il contributo determinante che han-

no saputo dare e per il sacrificio instancabile che hanno offerto. Il dialogo e la collaborazione con loro devono diventare una priorità e un elemento concreto nel quotidiano.

Siamo pronti a lavorare e a collaborare ma vogliamo lavorare bene, in sicurezza e con appropriatezza, motivo per cui siamo disponibili, anche subito, a costituire dei tavoli di lavoro estesi a tutti gli attori coinvolti nel processo. Ricordiamoci sempre che: “Qual si voglia intervento in sanità che non coinvolga chi ci lavora è destinato, se non a fallire, ad essere poco efficace (*The complexities and successes of the NHS*, Kamran Abbasi executive editor BMJ 2018)”.

Grazie, infine, al nostro Ordine che ci è stato a fianco in ogni momento, sostenendo il nostro operato a tutti i livelli.

CAPITOLO VI

Ricordi

Dott. Mauro Bianchi

Il 17 febbraio in punta di piedi, leggero come una farfalla te ne sei andato lasciando sgomenti tutti i tuoi familiari, i tuoi amici e i tuoi pazienti.

La dedizione per il tuo lavoro, ottenuto con enormi sacrifici e con caparbità, è stata per te ragione di vita e proprio mentre lavoravi è successo l'imprevedibile lì nel tuo adorato studio.

La vita è stata beffarda con te, ma tu hai saputo usare le prove che ti ha riservato come punti di forza e non come momenti di debolezze. Ti sei rialzato mille volte più forte di prima e migliore di te stesso. Hai dimostrato che la vita va vissuta sempre e comunque ed anche in questa terribile tragedia hai voluto donare te stesso ad altre persone dando loro una speranza di vita migliore. Sei e sarai sempre un esempio di vita, ma aiutaci a vivere senza di te accompagnandoci con i tuoi insegnamenti.

Vogliamo usare proprio le tue parole per esprimere al meglio chi eri:

“La scelta di formarmi prima in medicina e poi in psicoterapia trova ragione

nel fatto che essendo mente e corpo due entità inscindibili che s'influenzano reciprocamente, ho ritenuto doveroso conoscerne il funzionamento di entrambe, così da poter fare diagnosi differenziale ed avere una visione globale della persona al fine di poter poi offrire un trattamento ottimale”.

Chi ha avuto la fortuna di condividere con te un pezzo della sua vita non può e non potrà mai dimenticare l'uomo e il medico che sei diventato. Ti vogliamo ricordare con alcuni messaggi che colleghi, amici e pazienti ci hanno fatto pervenire nei giorni in cui te ne sei andato:

“Un uomo si definisce nel corso della propria vita per le azioni, per i pensieri, per le amicizie che coltiva, per la forza e la tenacia che ci mette nelle cose che fa e per l'amore che ha saputo trasmettere agli altri. Per questo posso dire che SEI UN GRANDE UOMO Mauro.

E la decisione di donare la vita a tante altre persone ti rende ancora più GRANDE.

La vita non ti ha sicuramente risparmiato difficoltà e sofferenze ma queste hanno

definito l'uomo e il marito che tutti noi abbiamo conosciuto. Il tuo ricordo deve essere un esempio da seguire per noi, per la tua Barbara, per Josè e per tutti i famigliari e amici che hanno avuto il privilegio di averti conosciuto e che ora ti piangono perché te ne sei andato così presto".

"In questi giorni così difficili voglio ricordare un amico che da grandi difficoltà è riuscito a rialzarsi, sempre nel cuore Mauro".

"Aveva un'intelligenza sopraffina e una pacatezza esemplare".

*Con amore e gratitudine
Tua moglie e i tuoi familiari*

Dott. Francesco Consigliere

Quando un marito e un papà ti lascia rimane nel nostro cuore una profonda tristezza; dinnanzi alla perdita di qualcuno al quale hai voluto molto bene si prova un senso di smarrimento e di vuoto che sarà difficile colmare.

Quello che di lui mancherà non sarà solo e soltanto l'immagine di grande professionista, ma soprattutto quella di un'anima gentile e disinteressata, di un padre e di un marito che è stato meraviglioso compagno di questa incerta avventura che è la vita. Perché in questo noi lo vogliamo ricordare, un uomo innamorato della vita e che delle vite altrui si è preso cura.

Grazie per tutto il bene che ci hai saputo dare.

La tua Anna con le tue figlie

Prof. Gianni Giustina

5 gennaio 1926 - 26 gennaio 2020

A 94 anni è mancato il Prof. Gianni Giustina.

Il Prof. Giustina arrivò a Brescia all'inizio degli anni 70 a coronamento di una carriera già brillante che l'aveva visto, ai suoi inizi, come allievo del Prof. Margaria nel glorioso Istituto di Fisiologia dell'Università di Milano dove, tra l'altro, conobbe la futura moglie Olimpia che poi gli fu fedele compagna per tutto il resto della loro vita dandogli i due figli Andrea e Irene. Dopo l'esperienza in Fisiologia, di cui porterà sempre con sé la profonda conoscenza dei fondamentali della ricerca scientifica e di laboratorio, l'estremo rigore metodologico e la passione per l'indagine dei meccanismi fisiopatologici, Gianni diventò uno dei più giovani allievi del prof. Guido Melli, nella Clinica Medica del Policlinico di Milano, partecipando a quell'epopea della Medicina milanese e italiana che vide tra i protagonisti personaggi illustri e oramai storici tra cui Bartorelli, Dioguardi e Zanussi.

In quegli anni milanesi, ricchi di fermento e scoperte per la Medicina, Giustina decise di dedicarsi ad una branca nascente come l'Endocrinologia percorrendo una strada non battuta dalla Scuola di Melli impegnata e indirizzata alla immunologia. È infatti alla fine degli anni 60 che, sulla scia delle scoperte dei premi Nobel Yalow e Berson sul primo dosaggio ormonale, quello dell'insulina, cominciava a prendere corpo clinico una materia fino ad allora confinata a disciplina prevalentemente speculativa. Il giovane Giustina si dedicò con entusiasmo a questa nuova scienza introducendo tra i primi in Italia il dosaggio radioimmunologico dell'ormone della crescita, appassionandosi ai suoi emergenti meccanismi regolatori e, in particolare, alla somatostatina la cui scoperta intanto valeva il premio Nobel a Roger Guillemin. Con i radioisotopi a Milano Giustina si avvicinò e applicò tra i primi in Italia lo studio scintigrafico alla tiroide diventandone un

cultore (ottenendo anche la Specializzazione in Medicina Nucleare) e dimostrando quell'interesse per la tecnologia che continuerà ad applicare alla Medicina per tutta la sua carriera dimostrando quella lucidità e lungimiranza che ne hanno poi sempre caratterizzato il pensiero e l'azione. Sono anni esaltanti quelli del Policlinico per un giovane medico e ricercatore, trascorsi per la gran parte in Ospedale tra guardie, pazienti, nuove cure, nascenti test dinamici e laboratorio. Sono anche anni pionieristici con le prime pubblicazioni su riviste americane ed internazionali in un periodo in cui iniziavano i primi stage all'estero di giovani italiani e pubblicare sulle riviste in inglese era una pratica per nulla consolidata! Sono infine anni duri in cui la concorrenza per la carriera universitaria riservata a pochi è molto grande ed il Direttore decide di ritirarsi in congedo anticipato! Prima di lasciare, il Prof. Melli chiamò Giustina e gli chiese se potesse essere interessato a ricoprire un incarico primario all'Ospedale di Brescia dove forse sarebbe arrivata anche l'Università, ma senza garanzie ovviamente. Questo fu il passaggio chiave

nella carriera e nella vita di Giustina. A Brescia trovò una città che gli somigliava, schivo e poco amante della ribalta com'era, ma serio, lavoratore e determinato come solo i Bresciani sanno essere, trovò un grande Ospedale non solo un Ospedale grande che per i Bresciani rappresentava un orgoglio e un riferimento non solo assistenziale ma molto di più morale e umano quasi trascendente, un gruppo di uomini politici illuminati e uniti, al di là degli schieramenti, dalla volontà di fare il bene della Città, moltissimi colleghi di grande profilo professionale e umano con il massimo commitment possibile per l'Ospedale ed infine un manipolo di giovani medici e studenti pronto a seguirlo. In pochi anni cominciò a creare quella che sarebbe poi diventato il dream team della 2° Medicina a cui in modo sobrio ma fermo trasmise i suoi valori in cui il paziente era al centro e la cultura medica e l'avanzamento tecnologico erano al suo servizio. Mi sono spesso chiesto come facesse a coniugare una visione così antica e tradizionale della medicina come arte (anche se lui poco aveva dell'artista ma forse più dell'artigiano nell'accezione

più alta e nobile di questo termine) con una determinazione e inclinazione a perseguire la modernità e il progresso, cogliendo le occasioni che l'innovazione tecnologica forniva alla Medicina. Giova ricordare, in tempi in cui ancora si parla di "chiusura dell'ansa", che la 2° Medicina divenne una delle prime strutture in Europa a dotarsi di un pancreas artificiale!

Poi a Brescia oltre le più rosee previsioni arrivò l'Università e una nuova ed affascinante sfida da affrontare, una nuova istituzione da far crescere e servire. Diverse generazioni di giovani medici da formare e con un futuro da costruire. L'esame di Patologia Medica, un momento impegnativo, ma anche uno snodo fondamentale, per capire dove e come si era arrivati nel percorso di studi davanti a un docente buono e mai aggressivo che però non si accontentava e scavava nella profondità di uno studio che forse per la prima volta si comprendeva realmente potesse portare laddove si poteva fino allora solo sognare, cioè al letto del paziente. E poi ancora gli ultimi anni della sua carriera dedicati alla creazione della Scuola di Specializzazione di

Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Università di Brescia e a una grande eredità culturale e clinica da lasciare alle Istituzioni, il Civile e l'Università, ultimo grande risultato di una più che ventennale militanza che si concluse il 31 ottobre 1998! Ho ammirato la sua capacità di cambiare vita andando in quiescenza, il suo intelligente farsi da parte lasciando il passo alle nuove generazioni con la speranza che il suo lascito non andasse perso o dimenticato, ma anche, lucidamente come al solito, con la coscienza che fosse giusto che nuove persone potessero portare nuovi contributi, anche se lontani dalla traccia che aveva segnato.

Unico impegno che non ha mai abbandonato sono stati i suoi affezionati e devoti pazienti, i quali hanno potuto continuare a chiedergli consiglio quasi fino all'ultimo perché lui continuava a tenersi aggiornato anche se, via via, internet, di cui aveva intuito subito il grande potenziale da cultore della tecnologia, ed al quale si era "convertito", aveva sostituito quei libri su cui tutti lo trovavamo sempre a studiare quando entravamo dalla porta sempre aperta del suo studio e

dei quali solo chi ha lavorato con lui sa quanto era custode devoto.

Si è goduto durante la pensione il nipote Alessandro nato pochi giorni prima di lasciare l'Ospedale e l'Università ed i successi dei tanti suoi allievi di cui andava orgoglioso e fiero soprattutto di una cosa: che fossero dei buoni medici e delle brave persone!

Penso di interpretare fedelmente il pensiero e il sentimento di tantissimi pazienti, di molti medici e colleghi e di tutti i suoi allievi ringraziando l'unico vero Professor Giustina per tutto quello che ha fatto per noi, per il suo Ospedale e la sua Università e per Brescia e promettendogli che onoreremo e continueremo ad insegnare quei grandi valori che ci ha trasmesso e quel rispetto per il prossimo, soprattutto quando soffre, che è, in fondo, l'essenza della Medicina.

Andrea Giustina

Dott. Gabriele Lombardi

20 agosto 1951

18 marzo 2020

Quando l'Ordine dei Medici ci ha chiesto di scrivere un ricordo del papà, la nostra reazione è stata quasi di imbarazzo, perché era lui l'appassionato di scrittura in famiglia, che a scuola ci aiutava con i temi e con le versioni di latino.

Non è facile descrivere una persona a cui si vuole bene e riuscire a coglierne l'essenza, specialmente in momenti come questi, in cui la perdita è così recente e il dolore così forte. Il papà era nato a Ponte Caffaro nel 1951, aveva studiato al Liceo Classico e si era laureato in Medicina e Chirurgia nel 1981.

Aveva conosciuto la mamma durante gli anni del collegio e si erano sposati nel 1975, abitando a Brescia ma mantenendo sempre un legame molto forte con la terra d'origine.

Dopo la laurea aveva deciso, quasi per caso, di intraprendere la professione

di dentista, aprendo dapprima uno studio a Ome e uno a Paderno Franciacorta e poi a Castenedolo, dove ha lavorato con passione fino a gennaio. I pazienti lo descrivono come una persona che rendeva meno arduo il pensiero di andare dal dentista, sempre gentile, pronto allo scherzo e generoso.

Era un forte cristiano e credeva molto nel valore del volontariato, aveva trascorso diverse estati in Brasile nella scuola elementare gestita da Operazione Lieta, dove lavorava in un piccolo studio. Era un grande appassionato di montagna e adorava la vita all'aria aperta: da alcuni anni si era trasferito a Riccomassimo, dove fuggiva appena possibile per trascorrere il suo tempo con la nostra mamma lontano dalla città.

E ora veniamo alla parte complicata: cosa possiamo dire di lui come papà? Forse la cosa più importante è che, anche se non sempre era in accordo con le nostre scelte di vita, non ci ha mai impedito di realizzarci seguendo le nostre aspirazioni: è grazie a lui e alla mamma che tutti e tre abbiamo una famiglia e una vita felice.

Un paio di mesi prima di

lasciarci, il papà aveva scoperto di essere afflitto da un tumore in stato avanzato, fino a quel momento asintomatico, e purtroppo non curabile.

Con il suo solito coraggio, era determinato a dare battaglia per cercare di contrastare l'avanzata della malattia, ma purtroppo, complice anche il virus e la difficile situazione sanitaria, le cose non sono andate come tutti noi avremmo sperato.

Come tutti coloro che hanno perso i loro cari in questo terribile periodo, il dolore più grande è di non aver avuto più tempo per stare con lui e per salutarlo, ma sarà per sempre nei nostri cuori e avremo sempre la consapevolezza di aver avuto un grande papà.

*Laura, Roberto
e Stefano Lombardi*

Dott. Virgilio Menni

Te ne sei andato così...tra le montagne che hai sempre amato e in un momento particolarmente sereno e felice della tua vita: orgoglioso della tua famiglia e dei tuoi figli, entusiasta per essere da poco diventato nonno e, alle soglie della pensione, con il desiderio di continuare nel volontariato la missione di medico che hai sempre amato ed esercitato con il massimo della professionalità e della dedizione.

Ci piace ricordarti così, con le parole di amici, colleghi e pazienti ai quali hai saputo dare tanto e che per sempre ti porteranno nel cuore:

“Era un signore, termine spesso abusato ma questa volta vero. Era una brava persona, un medico preparato e sempre aggiornato”.

“Lo ricorderò sempre come uomo e medico di grande valore”.

“Virgilio è stato l’espressione di un uomo dotato di grande umanità, generosità e di una cordiale ironia della vita”.

“Virgilio con il suo fare

e le sue battute sempre pronte mi ha aiutato molto ad affrontare una quotidianità di lavoro a volte estremamente pesante. Non potrò mai dimenticarlo”.

“Ciao Dottore, mi hai accompagnato da quando ero ragazzino, mi hai curato, mi hai guarito, sei sempre stato il mio punto di riferimento... e adesso?”.

“Sessant’anni di una vera amicizia che durerà per l’eternità”.

“Il Dottor Menni era una persona di grande valore. Persone così non se ne vanno mai completamente ma restano nel cuore di chi ha avuto il privilegio di conoscerle”.

“Rimarrà il ricordo di un grande amico e la profonda stima per un professionista che lascia un vuoto incolmabile”.

“Incredulo e smarrito piango per la perdita di un caro amico e collega di cui ricordo la sensibilità, le doti umane e la dedizione alla professione”.

“Ho conosciuto il Dottor

Menni nei primi anni di attività ospedaliera e mi colpirono subito il suo sorriso affabile e la sua professionalità, tanto da farmi pensare, con la stupida arroganza del medico ospedaliero in carriera, che fosse sprecato per il lavoro sul territorio. Per me è stata una fortuna aver conosciuto un medico ed una persona così, con la quale mi sono confrontato più volte e da cui ho imparato molto”.

“Ad un amico speciale, sorridente, gioviale, con la capacità di mettere chiunque a proprio agio. Grazie di quanto ci hai dato”.

“Come dicono gli alpini: sei andato avanti troppo presto. Ciao amico e medico gentiluomo”.

“Vi siano di conforto la stima e l’affetto di quanti hanno avuto la fortuna di conoscerlo e di apprezzarlo come uomo e come medico”.

“Finché tutti noi La ricorderemo, caro Dottore, Lei vivrà”.

Sei stato un modello e un grande esempio per tutti noi, ci hai insegnato a vivere con impegno e senso del dovere,

ma anche con quel realismo e quel pizzico di ironia che aiuta ad affrontare la vita in modo più leggero.

Solo una cosa ti sei dimenticato di insegnarci... come poter vivere senza il solido riferimento che sei sempre stato per tutti noi. Custodiremo preziosamente i tuoi insegnamenti e ti ricorderemo sempre con quel sorriso che sapeva dare nello stesso tempo serenità e sicurezza a chi ti stava accanto.

Con infinito amore e gratitudine.

I tuoi cari

Prof. Dott. Antonio Pouché

Tra i gravi lutti che il temibile COVID 19 ha arrecato anche al mondo dei medici vi è quello di mio padre, il Prof. Dott. Antonio Pouché spentosi prematuramente il 30 marzo 2020.

Figlio d'arte, in quanto erede delle esperienze del padre, il Prof. Argeo Pouché, illustre pediatra a cavallo degli anni 60-80, Antonio Pouché sceglieva di intraprendere la carriera universitaria divenendo un giovane ricercatore presso la cattedra di Patologia Chirurgica diretta allora dal Prof. Carlo Malchiodi a Parma. Seguivano svariate esperienze in ambito accademico con master di ricerca all'estero, sia in Francia che negli USA, e specializzazioni presso i maggiori chirurghi italiani, in primis il Prof. Pietro Valdoni, a cui io devo il mio nome, e in seguito alla prematura scomparsa del proprio maestro, con il Prof. Tiberio a Brescia.

A seguito di vari concorsi e di un numero ingente di pubblicazioni scientifiche conseguiva il titolo di

Prof. Associato con il Prof. Tiberio e successivamente diveniva Professore Ordinario a cui veniva assegnata la cattedra di semeiotica chirurgica ed il corso di specializzazione in chirurgia generale presso l'Università di Brescia.

Nel 1997 gli veniva affidata la responsabilità operativa per la nuova Unità Didattico Assistenziale (UDA) presso la Terza Chirurgia degli Spedali Civili di Brescia. Scopo del progetto era quello di colmare una grossa lacuna dotando l'insegnamento di semeiotica chirurgica di un supporto clinico.

Nonostante un avvio reso estremamente difficoltoso da questioni organizzative, il reparto, nel corso di cinque anni, raggiungeva livelli di eccellenza con oltre 5000 ricoveri e 2281 interventi chirurgici eseguiti, tra cui molti di alta specializzazione.

Al di là dell'apprezzamento di tanti pazienti mi ha sempre colpito riscontrare negli amici che iscritti a medicina lo ebbero come insegnante l'ammirazione

sincera che hanno sempre dimostrato.

Pur ritiratosi dalla vita universitaria era una persona molto attiva nei contesti culturali della città in cui risiedeva.

Conoscendo la sua dedizione alla professione credo che nella tragedia degli ultimi giorni spesi proprio nei reparti di quel "Suo" Spedale Civile abbia apprezzato la professionalità di tanti giovani medici che come lui, senza compromessi, hanno scelto di dedicare la loro vita alla professione.

Pietro Pouché

Dott. Giancarlo Provezza

Il 2 aprile, nostro nonno, Dott. Giancarlo Provezza, all'età di 94 anni, e dopo una malattia che lo ha allettato per quattro lunghi anni, è tornato alla casa del padre lasciando un gran vuoto nella sua famiglia e profonda stima e riconoscenza tra i suoi pazienti. Laureatosi a Pavia e specializzato in ostetricia e ginecologia e poi in pediatria, ha sempre fatto il medico di medicina generale per coronare il suo grande sogno: curare con l'aiuto della nonna, pure medico, adulti e bambini.

Lo ha fatto per ben 50 anni perché solo all'età di 80 anni ha deciso di lasciare la professione e contemporaneamente di abbandonare anche lo sci, sua altra grande passione che ci ha trasmesso. Il nonno è sempre stato un gran lavoratore, molto disponibile, il classico "duttur de na olta", conosciuto dai pazienti

come il “barba”, per il suo pizzetto, e noto per le sue corse da una visita domiciliare all’altra con la sua 500 piuttosto sgangherata. Uomo intelligente, concreto, intuitivo, rigoroso nel suo lavoro, amante dell’arte e della pittura a cui si è dedicato con abilità. Lo ricorderemo con profonda gratitudine per la premura e generosità con cui ha trattato sempre la nonna, i figli e noi nipoti.

I tuoi nipoti

Dott. Gianpaolo Sbardolini

Non è facile riassumere cinquant’anni di “vita da medico” in poche righe, ma ci proverò. Nei primi ricordi lo rivedo tornare a casa dopo 56 ore di “guardia” passati in ospedale, stanco ed assonnato certamente, ma sempre determinato a mettere le sue competenze al servizio delle “persone”. Diverse motivazioni lo hanno poi indotto alla scelta di diventare medico condotto, a disposizione dei pazienti sette giorni su sette per ventiquattro ore al giorno.

Aveva grandi progetti in mente per l’assistenza domiciliare agli anziani, anche perché aveva nel frattempo ottenuto la specializzazione in “Geriatrics e gerontologia”. Con l’appoggio di politici lungimiranti ed organizzazioni di volontariato era riuscito a realizzare a Palazzolo un centro per pensionati, servito di palestra con apparecchiature medicali, corsi di terapia occupazionale, sala riunioni, bar, il tutto localizzato in un pregevole

parco inserito nel contesto sociale del paese e non relegato ai margini. Col tempo aveva inaugurato un centro simile in San Pancrazio, frazione di Palazzolo. Questo ed altri servizi hanno permesso agli Anziani di evitare o posticipare l'entrata nelle case di riposo. Aveva fatto suo il motto citato anche da Rita Levi Montalcini, che viene generalmente attribuito ad un filosofo greco, di cui però non ricordo il nome che dice "Non è importante aggiungere anni alla vita, ma vita agli anni". L'esperienza di Palazzolo divenne da subito un esempio da "esportare" e la provincia di Bergamo lo avrebbe voluto impegnato in politica proprio per la realizzazione di questi progetti: Paolo era però prima di tutto un clinico e quindi la sua vita era a contatto con la "persona". Non a caso ho detto "persona" perché lui curava non solo la malattia, ma la persona malata. Non tralasciò mai comunque studi, idee e proposte a livello geriatrico. Mi rimangono decine di quaderni sui quali appuntava bozze per relazioni sulle varie problematiche che variavano dal medico al sociale e proposte per affrontarle se non risolverle. Mi piacerebbe

riunirle tutte, copiarle e digitalizzarle per non farle andare perdute, ma sono scritte "a mano", sotto forma di appunti, alcune parole hanno solo l'iniziale e la grafia dei medici è notoriamente difficile da decifrare. L'ho visto amareggiato e devo dire anche un po' sconfitto proprio quando tagli economici al sociale hanno ridotto e impoverito gli interventi già realizzati; era infatti convinto se un progetto non continuava a svilupparsi era destinato miseramente a regredire. Si è dedicato più che mai fino all'ultimo ai suoi pazienti, che lo hanno gratificato col loro affetto e riconoscenza anche dopo anni dal suo pensionamento. A questo proposito devo dire che ha subito "la pensione" obbligatoria al compimento dei 70 anni; si sentiva ancora in grado di dare e fare tanto per la comunità. In questi giorni di lutto ho ricevuto molte telefonate di persone intenzionate a porgermi le loro condoglianze, ma incapaci di parlare perché stavano singhiozzando. Queste dimostrazioni di affetto mi hanno fatto piacere, non alleviato il mio dolore e il mio smarrimento.

Carlotta Archetti

Quando mia madre ieri sera mi ha letto la vostra richiesta di inviare un ricordo del mio papà, devo essere sincera di avere provato un mix di emozioni (in questo periodo non è purtroppo una novità), da un lato lo percepivo come un impegno gravoso mettere a nudo la mia anima ed i miei sentimenti, dall'altro però l'ho visto come un'occasione di liberarmi, di scavare dentro di me ed affrontare anche in modo doloroso ciò che sto cercando di tenere nascosto o per meglio dire sto custodendo dentro me stessa. Non è facile condensare una vita fatta di ricordi in poche righe; soprattutto in un momento come questo, dove tutti teniamo toni bassi, quasi silenziosi; chi ha perso un parente in questo modo, non parla, tace, tiene lo sguardo basso, ma vi posso assicurare che si urla dentro. Questa è quindi l'occasione per fare uscire questo grido di dolore e di impotenza che per una settimana ho soffocato. Un uomo, un medico, stimato ed apprezzato, quelli della vecchia guardia, vecchia generazione, fatta di poche parole, ma di tanta esperienza e gavetta, la sua dedizione al lavoro, agli altri ai suoi vecchietti, come affettuosamente li chiamava

lui, è fonte di orgoglio e di ispirazione per me; ha curato tutti, dai più giovani agli anziani appunto; tutti i membri della nostra famiglia si rivolgevano a lui perché lo zio Paolo, il nonno Paolo, mio fratello, il papà, a seconda della parentela, sapevano di trovare un valido aiuto, una parola di conforto e una rassicurazione in ciò che diceva. E andavamo via con una pacca sulla spalla, un sorriso caldo, affettuoso, ed il cuore sollevato. Da quando era diventato nonno, l'ho visto cambiare radicalmente, giocare con i nipoti come poche volte l'ho visto fare, gioire dei loro progressi, ridere con loro, insegnare l'amore per la vita, per la natura e stare in compagnia; quando lo vedevo tenere in braccio i suoi nipoti sembrava il gigante buono; i suoi nipoti lo adoravano, a casa dei nonni e soprattutto con il nonno Paolo era tutto permesso, si poteva tutto, e quando pranzavamo tutti insieme, e la confusione, le risate, le grida regnavano sovrane, cercava in tanti modi di prendere la parola, senza mai riuscirci, e allora sorridendo, rimandava al pranzo successivo; ma la scena si ripeteva e si è ripetuta sempre, fino a quel 26 marzo dove tutto si è spento, dove

le risate si sono interrotte in timidi e pallidi sorrisi. Ed ora quindi spetta a noi parlare e dargli voce; tenendo vivo il suo ricordo e ciò che ha trasmesso a tutti noi; il senso della famiglia, dell'unità che deve essere preservata a prescindere dalle idee, dalle strade che ognuno intraprende; perché la famiglia è come un albero, ha radici ben piantate nel terreno, i figli sono i rami, che si ergono nel cielo, ognuno in una direzione diversa, i nipoti sono i frutti, belli, rigogliosi, freschi e colorati.

E anche se in autunno le foglie cadono, gli alberi si spogliano, i colori che vediamo sono il simbolo della vita che momentaneamente va in letargo, ma con la consapevolezza e la certezza che la primavera arriverà ancora, ci saranno nuovi germogli, nuovi profumi, nuovi inizi.

Silvia Sbardolini

Dott. Giuseppe Violetti

Tutti i medici sono importanti, ma alcuni hanno il privilegio di rimanere nella memoria delle persone più a lungo di altri. Sono i medici che ci salvano la vita, dopo un brutto incidente o in seguito a una malattia che credevamo incurabile. E quelli che la vita ce la danno, perché ci assistono durante uno degli eventi fondamentali delle nostre esistenze, la nascita dei nostri figli. Giuseppe Violetti faceva parte di questa seconda "famiglia". Ci ha lasciato a 78 anni, portato via dal male amaro che ha sconvolto questo inizio 2020. E così cinico da non permetterci nemmeno di avere un funerale. Ma il lutto che non si è potuto consumare con il rituale di sempre si è trasformato in un abbraccio virtuale se possibile ancor più commovente. In tantissimi hanno voluto ricordare, chi con un pensiero, chi con una testimonianza, la sua grande professionalità e umanità: sono le madri e i padri, i

nonni e le nonne, i bambini diventati grandi che il dottor Violetti, o più semplicemente Beppe, ha fatto nascere a migliaia, ginecologo prima a Orzinuovi, poi a Manerbio, infine a Chiari dove era diventato stimato primario prima di andare in pensione. Un'ondata di affetto che non si spiega soltanto per il ruolo che ricopriva, ma perché il dottor Violetti era un medico che dell'empatia aveva fatto un tratto distintivo quando si trattava di avere a che fare con i pazienti: in ospedale o nell'ambulatorio presso la sua casa di Orzinuovi era gentile e sempre disponibile nell'ascoltare le richieste delle mamme e nel placare le ansie e le angosce che spesso aleggiavano su questa fase così bella, ma tanto ricca di incognite, che è la gravidanza. Col suo tratto pacato ma fermo e con la sua innata capacità di sdrammatizzare anche le situazioni più spinose, era il medico di tutti, sempre pronto a dispensare un consiglio a qualunque ora del giorno e della notte. Sì, sarà impossibile dimenticarsi di Beppe Violetti, "papà" buono e sorridente di una comunità intera.

Matteo Cruccu

Dott. Angelo Ziletti

Abbiamo perso con lui un amico sincero, un collega sempre disponibile, ma soprattutto un uomo dotato di grande umanità, straordinaria sensibilità, forza e determinazione. Persona solare e socievole, ha dedicato la sua vita al lavoro con grande professionalità, competenza e determinazione, ma anche con umiltà e senso del dovere prendendosi cura dei suoi pazienti con grande attenzione. GRAZIE di essere stato COMPAGNO di VIAGGIO, nei momenti difficili il tuo passo generoso e leggero ci ha spronato a non mollare mai. Con Te abbiamo giocato questa bella partita, di sola ANDATA, che è la vita. Da Te abbiamo imparato a non lamentarci: ogni dolore, ogni "entrata a gamba tesa" o sconfitta era lo stimolo che aumentava la determinazione e la forza per raggiungere

l'obiettivo. Non hai mai avuto bisogno di incoraggiamento, in ogni situazione eri in prima fila, schierato e pronto a crederci fino in fondo. Siamo orgogliosi di aver vissuto e condiviso con Te questo nostro tempo. Gioie e dolori ci sono stati, mai però ti sei lamentato o ti sei seduto a "RIMIRARE" i tuoi trionfi. Sei sempre stato pronto a rialzarti per affrontare nuove sfide, per raggiungere nuovi traguardi.

*I tuoi amici e colleghi
Mauro Galbiati,
Antonio Facchinetti*

Dott. Felice Ziliani

Te ne sei andato il 28 marzo 2020, in un momento particolarmente difficile della vita...

Eri diventato da poco nonno e con la tenacia e determinazione che ti contraddistingueva, continuavi il tuo lavoro con professionalità e dedizione. Mi piace ricordarti con le parole di amici, colleghi e pazienti ai quali hai saputo dare tanto e che per sempre ti porteranno nel cuore:

"Felice è stato un amico fedele e generoso; insieme abbiamo trascorso momenti felici e tristi ma siamo sempre rimasti amici".

"Gli volevo un gran bene, era una splendida persona, un papà anche per me che ho perso troppo presto. Abbiamo perso un grande uomo".

"Era una persona squisita, dal cuore grande. Ci mancherà".

"Lo conoscevo dal 2014 e mi ero affezionato perché oltre

che un bravo medico, era anche una brava persona, gentile e sensibile”.

“Ogni volta che avevo un momento giù arrivava una sua telefonata e senza che io gli dicessi nulla, mi leggeva dentro. Arrivava sempre e comunque, c’era sempre e comunque con un sorriso, un abbraccio, una parola di conforto. Un grande uomo, un gran cuore a cui ho voluto bene come ad un padre”.

“Ti ricorderemo sempre per la tua cortesia e il tuo sorriso”.

“Lo conoscevo per lavoro da 15 anni, un uomo apparentemente burbero, ma in realtà di grande cuore”.

“Rimarrà il ricordo di un grande amico e la profonda stima per un professionista che lascia un vuoto incolmabile”.

“Di lui il ricordo di una bellissima persona, altruista e generosa, che mi ha fatto divertire molto con la sua ironia”.

“Non è facile accettare la mancanza improvvisa di nessuno, sia si tratti di familiari, di parenti o amici vicini e lontani. Il dolore che si prova quando si è chiamati

a vergare alcune righe di commiato è proporzionato a quanto e come si è consumato un cammino insieme nella nostra vita. Ma non è indispensabile la continuità della frequentazione. Direi anzi che, indipendentemente dalla diversità dei percorsi a cui si è dovuto ottemperare per scelta o fatalità, le pietre miliari su cui si fonda l’amicizia reciproca possono aver radici solide datate nel tempo. Io e Felice queste radici antiche le facciamo risalire ai tempi universitari quando ognuno di noi era combattente per una grande vittoria: la laurea in Medicina e Chirurgia. Ci siamo riusciti, caro Felice ed è meglio non rammentare i sacrifici fatti insieme per l’agognata meta. Ma la vita, sappiamo, fa scherzi crudeli. In taluni casi, tuttavia, e questo lo testimonia, riscopre valori sviliti nel marasma di un oggi bisognoso di virtù e riconferme. E la riconferma io l’ho avuta con te, Felice, cresciuto con me nell’Italia del sacrificio, dei veri valori e di un’etica ora sepolta. E se mi dovessero chiedere se tutto questo lo si può recuperare, risponderei che non lo so. Non lo so caro

amico mio. Non ho più tempo e voglia di pormi questi problemi. Quel che mi potrebbe dispiacere molto è che venissero andar perse queste parole che ti ho scritto col cuore”.

“In lui ho trovato un ottimo medico pronto ad ascoltare il paziente e venire incontro ad ogni sua esigenza in modo onesto, serio, professionale e in piena fiducia reciproca, ma oltre alla professionalità e affidabilità medica, ho conosciuto un uomo di altri tempi, gentile, onesto, garbato in ogni sua parola o gesto, una persona simpaticissima. Mi mancherà affidarmi alle cure di questo grande uomo”.

“A Felice ero davvero affezionata, era un mio cliente da almeno 7 anni. In azienda gli volevano tutti bene. Lui era un grande positivo, aveva sempre un pensiero per tutti. Dott. Ziliani prima, Felice dopo... mi lasci un vuoto, perché con il tuo gran cuore, il tuo carattere, il tuo umorismo, la tua pazienza occupavi un posticino nel mio cuore”.

Con infinito amore e gratitudine.

Tua figlia Carola

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

*ricorda con rimpianto i Colleghi
deceduti recentemente*

Dott. Gennaro Annarumma

Dott. Giorgio Berturazzo

Dott. Mauro Bianchi

Dott. Massimo Bosio

Dott. Mario Calonghi

Dott. Aldo Carati

Dott. Francesco Consigliere

Dott. Gino Fasoli

Dott. Glauco Formentini

Dott. Franco Girardi

Dott. Salvatore Ingiulla

Dott. Tahsin Khrisat

Dott. Gabriele Lombardi

Prof. Lorenzo Magno

Dott.ssa Elisabetta Mangiarini

Dott. Luciano Mensi

Dott.ssa Giulia Negretti

Dott. Enrico Onofri

Dott. Ubaldo Palestri

Dott. Alberto Paolini

Dott. Giuseppe Pizzuto

Prof. Antonio Pouché

Dott. Santo Maria Romeo

Dott. Lodovico Rota

Dott.ssa Elisabetta Sabotti

Dott.ssa Concetta Salina

Dott. Veniero Sbarbada

Dott. Gianpaolo Sbardolini

Dott. Giuseppe Triggiani

Dott. Ovidio Tronconi

Dott. Giuseppe Violetti

Dott. Angelo Battista Ziletti

Dott. Felice Ziliani

*ed esprime ai loro familiari
le più sentite condoglianze.*

INDICE

■ Prefazione	pag. 5
■ Introduzione	pag. 13
■ Capitolo I	
Sondaggio.....	pag. 17
■ Capitolo II	
Forum	pag. 45
■ Capitolo III	
Analisi	pag. 57
■ Capitolo IV	
Testimonianze e contributi	pag. 99
■ Capitolo V	
Prospettive	pag. 169
■ Capitolo VI	
Ricordi	pag. 191
Dott. Mauro Bianchi	pag. 193
Dott. Francesco Consigliere	pag. 194
Prof. Gianni Giustina	pag. 195
Dott. Gabriele Lombardi	pag. 198
Dott. Virgilio Menni	pag. 200
Prof. Dott. Antonio Pouchè	pag. 202
Dott. Giancarlo Provezza.....	pag. 203
Dott. Gianpaolo Sbardolini	pag. 204
Dott. Giuseppe Violetti.....	pag. 207
Dott. Angelo Ziletti	pag. 208
Dott. Felice Ziliani	pag. 209

Indice degli autori

Donatella	Albini.....	123, 167
Paola	Astori <i>et al.</i>	123
Francesco	Baffa Bellucci.....	117
Gianpaolo	Balestrieri.....	13, 17, 46, 63, 109, 121
Stefano	Barlati	77
Gian Luca	Bettini	46, 139
Germano	Bettoncelli.....	111, 123
Angelo	Bianchetti.....	17, 46, 113
Sara	Boccacci.....	149
Enrico	Bresciani	131
Silvio	Caligaris.....	46
Francesca	Caselani	181
Angela	Cassinadri	119
Francesco	Castelli.....	101
Lisa	Cesco.....	45
Luciano	Corda.....	159
Claudio	Cuccia	46
Donatella	De Martiis	149
Emilio	Del Bono	167
Ottavio	Di Stefano.....	5, 17, 46, 63, 129, 133
Francesco	Donato	17
Walter	Gomarasca.....	137
Gianbattista	Guerrini	83
Fabio	Guerini	113
Fulvio	Lonati.....	63
Roberto	Maroldi	71
Alice	Monti	181
Maria Lorenza	Muiesan.....	46
Antonio	Panti.....	59
Piera	Ranieri	113
Andrea	Rizzolo	151
Renzo	Rozzini	46, 171
Erminio	Tabaglio	107
Caterina	Taglietti	127
Alessandro	Turra	185
Umberto	Valentini	177
Luigi	Veronesi.....	93
Guido	Vertua	145
Antonio	Vita	77
Giulia	Zambolin	163



note

note

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



note

note

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

