

ORDINE **DEI MEDICI**
chirurghi e odontoiatri
della provincia di Cuneo



Sommario

Presentazione di <i>Andrea G. Sciolla</i>	PAG. 3
Elzeviro sanitario di <i>Claudio Blengini</i>	PAG. 4
Vaccinarsi contro SARS-CoV-2 di <i>Angelo Pellegrino</i>	PAG. 6
Sanità e Territorio di <i>Umberto Goglia, Davide Cento</i>	PAG. 14
Covid e bambini di <i>Marina Vallati</i>	PAG. 18
Comunicazione agli iscritti: corretta gestione delle Ricette	PAG. 23
Bando «Unità di Crisi»	PAG. 27
Dignostica Covid per immagini di <i>Roberto Priotto</i>	PAG. 30
Seconda ondata di <i>Claudio Blengini</i>	PAG. 34
COVID: testimonianze	
<i>Elisa Colombi</i>	PAG. 38
<i>Marinella Destefanis</i>	PAG. 41
<i>Piero Revetria</i>	PAG. 42
Libri non di medicina scritti da Medici	PAG. 45
Aggiornamenti Albi OMCeO	PAG. 46



Notiziario dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri
della provincia
di Cuneo

Reg. Tribunale di Cuneo
n. 455 del 23-04-1991

CUNEO, Via Mameli, 4 bis
Tel. **0171.692195**

Direttore responsabile:
Andrea Giorgio Sciolla
Comitato di redazione:
B. Allasia, C. Blengini
R. Gallo, G. Mozzone,
M. Vallati

Comitato scientifico:
F. Borghi, Q. Cartia
L. Fenoglio, L. Vivalda

*METAFORE CUNEO

Invito a collaborare alla Redazione

I contributi dei Colleghi al Notiziario, che ospitiamo sempre e volentieri, sono spesso espressione di una esperienza personale, maturata nei singoli ambiti di lavoro. Gli Autori sono tenuti alla redazione di un lavoro originale e ne assumono la paternità, citando, quando necessario, le fonti o i coautori.

Deve essere implicita, e nel caso dichiarata, l'assenza di conflitti di interesse o l'eventuale presenza di finanziamenti della ricerca e/o del progetto da cui scaturisce l'articolo. Ricordiamo in ogni caso che per le "pratiche cliniche" cui attenersi occorre fare riferimento unicamente a comportamenti e linee guida validati a livello nazionale ed internazionale.

Sarà possibile che gli articoli scientifici proposti vengano visionati e valutati, unicamente sulla base dei contenuti, dal Comitato scientifico del nostro Ordine. Ribadiamo che la collaborazione è aperta a tutti gli iscritti. La Direzione si riserva il diritto di valutare la pubblicazione e di elaborare i testi in base alle esigenze redazionali: viene comunque raccomandata la brevità. Eventuali immagini a corredo degli articoli devono essere di proprietà dell'autore o acquisite con licenza, oltre che con risoluzione adeguata alla stampa tipografica (300dpi).

Il termine di consegna del materiale, da inviare esclusivamente via e-mail alla Segreteria dell'Ordine, per il prossimo numero è stabilito per il 10 aprile 2021.

COVID, SEMPRE COVID MA ...

Andrea G. SCIOLLA



Leggendo il sommario da presentare si potrebbe dire che questo è quasi un numero monografico: garantisco che ciò non è premeditato ma sono i contributi di riflessione, umani e scientifici di questo periodo che sembrano essere concentrati inevitabilmente sull'argomento COVID.

Ne parliamo da un punto di vista pediatrico, vaccinale, gestionale, diagnostico e terapeutico: si vede che la nostra attenzione viene attratta da quello che ormai non è più solo l'argomento del giorno ma dell'anno se non addirittura di inizio secolo.

Non bisogna dimenticare però che esiste anche un altro emisfero occupato da persone e pazienti non-covid, molti dei quali in questo momento si trovano in grandi difficoltà perché vedono spessi inevasi i loro bisogni, essendo quasi tutte le attenzioni rivolte all'emergenza in atto.

Nell'immediato futuro occorrerà uscire dal canale monotematico chiamato COVID che, con le sue varianti, magari potrà continuare a trasmettere per anni: le altre patologie non sono in lockdown e progrediscono come sempre, ancor di più se non curate a dovere e quindi c'è necessità che, pur proseguendo a gestire l'emergenza epidemica, ci si organizzi efficacemente per riprendere una attività sanitaria a 360 gradi, da un anno a questa parte fortemente ridotta ed in alcuni casi quasi azzerata.

Saranno Strutture con percorsi "puliti", sarà (finalmente) l'utilizzo di forme "alternative" di assistenza, quali la Telemedicina, sarà la consapevolezza di Sanitari e pazienti che cronicità e patologie differenti avanzano a dispetto dei virus: la speranza è che, pur continuando la lotta all'epidemia in corso con le sue possibili evoluzioni, si possa riprendere una sorta di normalità non solo nella vita di sempre ma anche nella quotidiana gestione dei problemi sanitari della gente.

In molti dicono che dopo questa epidemia "nulla sarà più come prima": la speranza è che queste parole possano declinarsi al meglio anche riguardo l'attenzione che la Politica, negli anni passati, ha sempre riservato al Sistema Sanitario Nazionale, con rinnovato rispetto e risorse concrete.

ELZEVIRO SANITARIO

COMMEMORAZIONE DI UNA SCOMPARSA



Si è eclissata dopo anni che si presentava, senza lasciare traccia. Ecco il giallo che appassiona tutti in questi giorni. La sua scomparsa ha lasciato il mondo tra l'attonito e lo sgomento a interrogarsi sul perché?

Che sia a tutt'ora, almeno per quest'anno, mancata al solito immancabile appuntamento è una certezza. Molti l'hanno attesa con trepidazione, con ansia non direi. Di solito le avvisaglie di un suo arrivo cominciavano a comparire in autunno avanzato. Novembre diceva qualcuno, dicembre qualcun'altro, a gennaio non c'era dubbio era puntualmente presente. Era una questione di principio, doveva esserci, non se ne poteva fare a meno, anche se lo avremmo fatto volentieri. Eppure niente, niente a novembre, niente a dicembre, niente a gennaio e qui le preoccupazioni e i dubbi cominciavano a serpeggiare. Ma poi niente neanche a febbraio e qui le perplessità cominciano ad aumentare.

Ci si interroga sull'anomalia di questo fenomeno.

Perché non arriva?

Perché non mette il solito sigillo anche a quest'annata?

Si sarà dimenticata di comparire?

Qualcuno la tiene prigioniera?

L'avranno sequestrata a nostra insaputa?

Si sarà innamorata di altri lidi, di altre terre?

Claudio BLENGINI



E dire che sembrava quasi impossibile, dopo un'affezione tanto assidua. Si sono sguinzagliati i migliori segugi per trovarne traccia, per capire dove potesse essere finita.

Niente di niente. Tutto inutile: scomparsa e senza alcuna volontà di riapparire. Il disorientamento ha cominciato a diventare sempre più forte, tutti ad interrogarsi sul perché e qualcuno anche sul per come. In un'epoca di pandemia in cui tutto è andato sottosopra anche questa scomparsa ha destato più di un sospetto. Bisognava capire, dovevamo spiegare e spiegarci cosa era successo.

Se il Covid ci ha colti impreparati almeno questa era una certezza. Certo se fosse arrivata ci avrebbe obbligato ad avere ancora qualche dubbio in più a livello diagnostico, ma almeno una cosa sarebbe andata come sempre. E invece no, scomparsa. E vai a vedere che sì, nonostante tutte le paure, non dico gli scongiuri, quest'anno davvero non si ripresenta. Già sembra proprio che sia così lo dicono anche le "sentinelle": non c'è, non si è vista.

Ma cosa? Mi direte voi...o forse lo avrete già intuito. Ma ovviamente l'influenza. Quest'anno siamo stati, per la prima volta dopo tanti anni, orfani dell'influenza. Non c'è proprio, neanche a volerla cercare con il lanternino. A spiegarne il motivo non sembra che sia né il recente anno bisestile né potrebbe ipotizzare qualcuno la particolare congiunzione astrale. Né tantomeno la fragilità del governo e della sanità che avrebbe dovuto farsene carico e infine nemmeno il fatto che il virus del Covid si è mangiato il virus dell'influenza. L'ipotesi che il Covid, oltre ad attaccare noi, si sia mangiato anche l'influenza, dopo un'attenta ricerca e numerosi trials è stata scartata dagli scienziati.

La spiegazione è banale, ma vale la pena di rifletterci. L'influenza non c'è per il solo fatto che i distanziamenti, le mascherine, le misure di igienizzazione, i lockdown e le chiusure scolastiche hanno ridotto drasticamente la possibilità al virus di circolare. Il valore aggiunto è che si sono risparmiate tante giornate di lavoro che di solito andavano perse, così come si è ridotta significativamente la spesa per i medicinali utilizzati per il suo trattamento sintomatico. Sintomatico ovviamente, perché poi, a volerla dire tutta, c'era anche la spesa inutile e non sostenuta dalle evidenze scientifiche, per l'utilizzo di antibiotici che l'influenza non hanno mai curato, cosa che qualcuno ogni anno continua puntualmente a dimenticare. Pensierino finale: se l'uso di mascherine e di misure igieniche e di adeguati distanziamenti diventasse una realtà in questo Paese, soprattutto nel periodo invernale, stai a vedere che rischiamo di poterne fare a meno. Di cosa? Ma dell'influenza.

VACCINARSI CONTRO IL SARS-COV-2

OVVERO IL FUTURO RICHIEDE RESPONSABILITÀ

Angelo PELLEGRINO, specialista in Igiene e Medicina preventiva



La complessità della crisi generata dalla pandemia chiama in causa la responsabilità di tutti. Le istituzioni a tutti i livelli, dai Comuni alle Regioni al Governo nazionale e pure noi – Medici – che possiamo e dobbiamo favorire le scelte sanitarie appropriate della nostra comunità.

Nel merito, appare interessante una acuta riflessione di A. Vespignani, P. Di Giulio, G. Forni, P. Vineis, pubblicata su un noto quotidiano nazionale, di cui si riporta un tratto: *“Siamo da poche settimane nel 2021 ma le incertezze sul futuro di questa pandemia stanno emergendo con chiarezza. Mentre da una parte il vaccino ha cominciato ad essere distribuito nella popolazione, la rapida diffusione delle varianti di SARS-CoV-2, ci ricorda che siamo ancora lontani dall’immunità di comunità e dobbiamo assolutamente mitigare la diffusione del virus. Abbiamo ancora settimane difficili davanti...”*

Ben sappiamo che sui vaccini l’OMS ricorda che sono tra gli strumenti di sanità pubblica più efficaci per promuovere la salute dell’individuo e ridurre l’incidenza delle malattie infettive, evitando milioni di morti ogni anno. E che questo impatto sanitario sul numero di vite salvate si traduce anche in benefici finanziari ed economici diretti (costi delle cure mediche) ed indiretti (produttività lavorativa).

Per contro, ci si rende conto che la sicurezza dei vaccini è sempre *sotto esame* da parte della popolazione, molto più della loro efficacia. E, agli addetti ai lavori, è ben chiaro il perché: i vaccini prevengono piuttosto che curare le malattie. Emotivamente è ben diverso decidere di accedere ad un intervento sanitario quando si è in buona salute, piuttosto che accettare una terapia, anche importante, quando si è affetti da una malattia (a puro titolo esemplificativo, provando a riderci su:

mentre sono assai vivaci i gruppi NO-Vax, non risultano attivi gruppi NO-Insulina o NO-antiaritmici o...NO-niclosamide?!). Conseguentemente, se non si è del tutto persuasi dell’efficacia ovvero del corretto funzionamento di un vaccino, è facile dimenticarne o trascurarne i benefici, mentre ci si concentra sugli effetti avversi, abitualmente estremamente rari, ad essi associati.

Affermare, oggi, che la vaccinazione rappresenta un beneficio per la salute pubblica globale non è così semplice o così scontato come poteva esserlo nel decennio scorso, posto che negli ultimi anni le informazioni sui vaccini sono state al centro di un intenso dibattito pubblico e mediatico.

Come informare, pertanto, il grande pubblico sui vaccini e sulla vaccinazione in un clima di elevato interesse dei mass media e dei social?

Gestire un programma di immunizzazione attiva richiede una conoscenza approfondita degli aspetti tecnici della vaccinazione. Tuttavia, ai responsabili dei programmi vaccinali viene sempre più richiesto di affrontare i problemi di comunicazione generati dagli eventi avversi correlati alla vaccinazione, che siano reali o solo percepiti, tema cui potrebbero non dedicare le necessarie risorse.

L’attuale facilità di diffusione delle informazioni implica che le critiche negative sui vaccini possano diventare virali su internet, senza che ci sia un equilibrato contributo da parte dei Professionisti, per il noto principio per cui *“fa più rumore un albero che cade di una foresta che cresce”*.

L’idea che i vaccini siano *completamente sicuri* o *totalmente pericolosi* ha portato ad una polarizzazione delle opinioni che è inutile ed imprecisa nella migliore delle ipotesi, altamente disgregante nella peggiore. Possono sorgere dibattiti con un grande carico emotivo che, anche se originano come problema locale, possono rapidamente diffondersi ai Paesi vicini e da qui al resto del mondo.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato una strada chiara: per creare un’opinione pubblica positiva su sicurezza ed efficacia dei vaccini occorre spiegare nel dettaglio rischi e benefici delle vaccinazioni sulla base delle evidenze disponibili. Valori, cultura, politica e religione sono alcuni dei fattori che possono condizionare il modo di interpretare il messaggio che stai comunicando. Inoltre, dichiarazioni improvvidamente rassicuranti di vari leader (vicini e lontani), a inizio pandemia, hanno peggiorato la situazione, impedendo che la minaccia venisse percepita in tutta la sua gravità. Ancora oggi, trovare le parole e gli argomenti giusti – quelli che alcuni evoluzionisti definiscono una “coordinata, chiara e coerente comunicazione del rischio” – per convincere a seguire le regole chi non è abituato a farlo, non è facile. Sembrerebbe che la priorità sia comunque far capire che la minaccia è concreta, anche se un virus (a differenza di un nemico in armi) non si vede. Ma allo stesso tempo, non bisogna esagerare in catastrofismo, che spesso si traduce in passività e rassegnazione.



Report Vaccini Anti COVID-19

Report aggiornato al: 07-02-2021 19:00



2.535.295



Totale somministrazioni



Totale
persone vaccinate | 1.115.022

(a cui sono state somministrate la prima e la seconda dose di vaccino)

I *focus group* condotti nell'ambito di specifici progetti OMS dedicati agli Operatori sanitari ⁽¹⁾ hanno dimostrato che tali Professionisti sono disposti a vaccinarsi, se:

- credono nella protezione conferita dal vaccino
- sono preoccupati per i loro pazienti e le loro famiglie
- hanno facile accesso ai vaccini
- i vaccini sono forniti gratuitamente.

Per contro, gli Operatori sanitari **non sono disposti a vaccinarsi**, se:

- sono preoccupati per gli effetti collaterali e gli effetti a lungo termine del vaccino
- dubitano dell'efficacia del vaccino
- la percezione del rischio delle malattie prevenibili è basso (ad esempio, nel caso dell'influenza)
- il vaccino non è gratuito.

Sulla base di queste considerazioni, i punti più importanti da focalizzare nella strategia di comunicazione del "rischio COVID-19" sembrerebbero essere:

1. il grado di protezione dei vaccini
2. l'entità degli effetti collaterali (box1)

L'evento avverso è un qualsiasi episodio sfavorevole che si verifica dopo la somministrazione di un farmaco o di un vaccino, ma che non è necessariamente causato dall'assunzione del farmaco o dall'aver ricevuto la vaccinazione.

Una reazione avversa, invece, è una risposta nociva e non intenzionale a un farmaco o a una vaccinazione per la quale è possibile stabilire una relazione causale con il farmaco o la vaccinazione stessa. Per distinguere quindi se siamo di fronte a un evento avverso o a una reazione avversa, dobbiamo valutare se è possibile risalire a una causa legata al prodotto medicinale. Non è sufficiente che l'evento si sia verificato a breve distanza dalla vaccinazione o dall'assunzione del farmaco.

Un effetto indesiderato è un effetto non intenzionale, connesso alle proprietà del farmaco o del vaccino, che non è necessariamente nocivo ed è stato osservato in un certo numero di persone. Si tratta quindi di un possibile effetto noto, verificatosi nel corso del tempo e considerato accettabile

1. IL GRADO DI PROTEZIONE DEI VACCINI

Per un utile raffronto, partiamo da alcuni dati di protezione forniti dai *vaccini storici*⁽²⁾:

- contro la difterite, circa il 90%;
- i vaccini combinati che includono il vaccino antitetanico assicurano una protezione contro il tetano almeno del 98%;
- il vaccino contro la pertosse protegge circa 9 persone su 10 dalle forme gravi della malattia e circa 1 persona su 7 da tutte le altre forme;
- i vaccini contro la poliomielite, singoli o combinati con i vaccini contro difterite-tetano-pertosse-polio-meningite da Hib (con o senza epatite B), assicurano una protezione contro la poliomielite almeno del 95%;

- la vaccinazione Morbillo-Parotite-Rosolia è molto efficace. Dopo due dosi di vaccino, più del 98% delle persone è protetto contro la rosolia. La protezione dura tutta la vita per la maggior parte delle persone completamente vaccinate;
- il vaccino contro la varicella protegge all'80% da tutte le forme e al 90% dalle varicelle gravi o complicate;
- oltre il 95% dei giovani è protetto in modo prolungato (probabilmente a vita) contro l'epatite B. La vaccinazione è meno efficace dopo l'età di 20-25 anni;
- contro l'influenza, secondo la stagione e le persone vaccinate, dal 20 all'80%;
- una revisione sistematica (metanalisi) della letteratura ha rivelato che il vaccino BCG riduce del 19-27% le probabilità di contrarre la tubercolosi e diminuisce del 71% la progressione di una tubercolosi già attiva.

Gli studi di efficacia dei vaccini contro SARS-CoV-2 ad oggi autorizzati in Italia dimostrano valori variabili:

- BNT162 (Pfizer-BioNTech): 95% (91%-98%, stima del 18.11.2020). La protezione contro COVID-19 inizia già due settimane dopo la prima dose ed è al picco da una settimana in poi, dopo la seconda dose;
- mRNA1273 (Moderna): 94% (90%-97%, stima del 30.11.2020). La protezione contro COVID-19 inizia già due settimane dopo la prima dose ed è al picco da una settimana in poi, dopo la seconda dose;
- ChAdOx1 (AstraZeneca) [3]: Il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 ha dimostrato un'efficacia complessiva del 70,4% dopo due dosi nel prevenire la malattia COVID-19 sintomatica nelle persone di età compresa tra 18 e 55 anni: in particolare, sono stati registrati 30 casi di COVID-19 con esordio a distanza di almeno 14 giorni dalla somministrazione della seconda dose nel gruppo dei vaccinati, contro i 101 nel gruppo di controllo. L'efficacia è stata del 62,1% nella coorte che ha ricevuto due dosi complete e 90% nei partecipanti che hanno ricevuto soltanto mezza dose alla prima somministrazione (e una seconda dose piena). Le ragioni di questa differenza sono sconosciute: i ricercatori stanno effettuando ulteriori approfondimenti per determinare il meccanismo sottostante l'aumentata efficacia del regime a basso dosaggio.

Rispetto ai dubbi sul come sia stato possibile sviluppare così rapidamente vaccini contro la COVID-19, European Medicines Agency e ISS precisano che gli studi sui vaccini contro il COVID-19 sono iniziati nella primavera 2020 e in meno di un anno (a dicembre 2020) l'EMA ha raccomandato di concedere un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata a un primo vaccino a RNA messaggero: mRNA (Comirnaty, della ditta BioNTech/Pfizer). E subito dopo, il 6 gennaio 2021, ne ha concessa una seconda per il vaccino prodotto da Moderna. Il processo di sviluppo ha subito un'accelerazione senza precedenti a livello globale.

In data 29 gennaio 2021, l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) ha raccomandato il rilascio di un'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) subordinata a condizioni per COVID-19 Vaccine AstraZeneca per la prevenzione della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) nei soggetti di età pari o superiore a 18 anni.

Si tratta del terzo vaccino anti-COVID-19 a cui l'Agenzia ha raccomandato il rilascio di una AIC. Eppure, nessuna tappa del processo è venuta meno, grazie al concorso di diversi fattori:

- ricerche già condotte in passato sulla tecnologia a RNA messaggero (mRNA)
- studi sui coronavirus umani correlati al SARS-CoV-2, per esempio quelli che hanno provocato SARS (Severe acute respiratory syndrome) e MERS (Middle East respiratory syndrome)
- ingenti risorse umane ed economiche messe a disposizione in tempi stretti
- conduzione parallela delle varie fasi di valutazione e di studio
- produzione del vaccino parallelamente agli studi e al processo di autorizzazione
- ottimizzazione della parte burocratica/amministrativa
- valutazione da parte delle agenzie regolatorie dei risultati ottenuti, man mano che questi venivano prodotti (rolling review) e non, come generalmente si usa fare, solo dopo il completamento di tutti gli studi.



2. L'ENTITÀ DEGLI EFFETTI COLLATERALI

Nel Rapporto n. 1 sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19 (Periodo dal 27/12/2020 al 26/01/2021), pubblicato il 4 febbraio 2021 [4], l'AIFA in prima battuta ricorda che "...nessun prodotto medicinale può essere mai considerato esente da rischi. Ognuno di noi, quando decide di servirsi di un farmaco o di sottoporsi a una vaccinazione, dovrebbe avere presente che quello che sta facendo è bilanciare i benefici con i rischi. Verificare che i benefici di un vaccino siano superiori ai rischi e ridurre questi al minimo è responsabilità delle Autorità sanitarie che regolano l'immissione in commercio dei prodotti medicinali. Servirsi di un farmaco in maniera corretta, ponderata e consapevole è responsabilità di tutti..." e che "...una corretta informazione

è alla base di ogni scelta consapevole e questo Rapporto intende offrire a tutti un'informazione tempestiva, comprensibile e consolidata..."

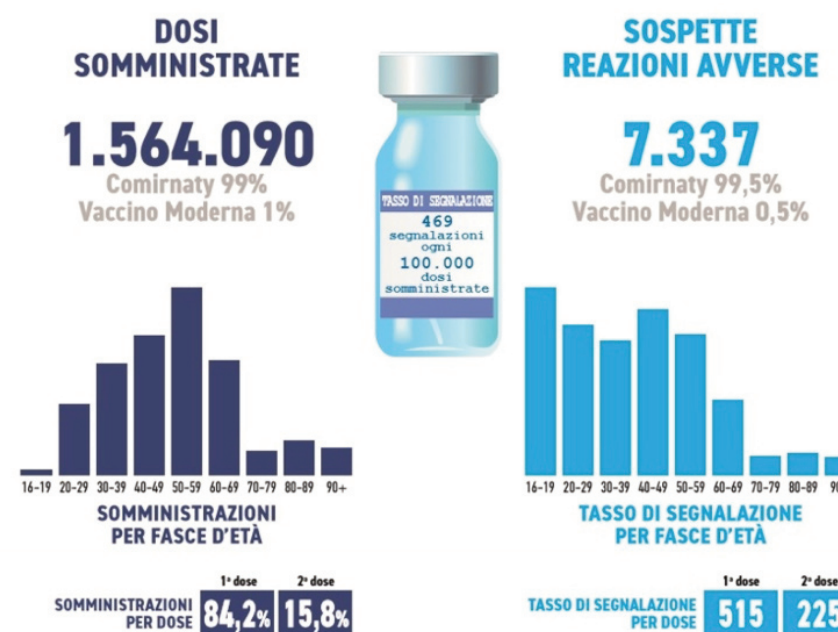
Il box 2 sintetizza quanto accuratamente descritto nelle 16 pagine del dossier:

Rapporto sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19
Rapporto numero 1 - Periodo dal 27/12/2020 al 26/01/2021



Periodo di riferimento 27/12/2020 - 26/01/2021

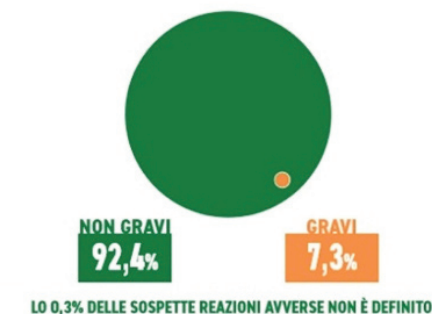
SOSPETTE REAZIONI AVVERSE A VACCINI COVID-19



LE SOSPETTE REAZIONI AVVERSE PIÙ SEGNALATE



SOSPETTE REAZIONI AVVERSE GRAVI/NON GRAVI



L'Agenzia Italiana del Farmaco ha pubblicato il primo Rapporto di farmacovigilanza sui vaccini COVID-19, che avrà cadenza mensile. I dati raccolti e analizzati riguardano le segnalazioni di sospetta reazione avversa registrate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza tra il 27 dicembre 2020 e il 26 gennaio 2021 per i vaccini in uso nella campagna vaccinale in corso: Comirnaty di Pfizer/BioNTech (autorizzato dal 22/12/2020 e utilizzato dal 27/12/2020) e COVID-19 Vaccino Moderna (autorizzato dal 07/01/2021 e utilizzato dal 14/01/2021).

Le segnalazioni riguardano soprattutto la prima dose del vaccino Comirnaty (99%), che è stato il più utilizzato e solo in minor misura il vaccino Moderna (1%).

Nel periodo considerato sono pervenute 7.337 segnalazioni su un totale di 1.564.090 dosi somministrate (tasso di segnalazione di 469 ogni 100.000 dosi), di cui il 92,4% sono riferite a eventi non gravi, come dolore in sede di iniezione, febbre, astenia, stanchezza, dolori muscolari. Con Comirnaty sono state osservate anche cefalea, parestesie, vertigini, sonnolenza e disturbi del gusto mentre con il vaccino Moderna, nausea e dolori addominali.

Quando una segnalazione è considerata grave?

In ambito regolatorio, le segnalazioni vengono classificate come gravi o non gravi sulla base di criteri standardizzati a livello internazionale che non sempre coincidono con la reale gravità clinica dell'evento segnalato.

Qualunque evento è considerato sempre grave se ha comportato ospedalizzazione/ricorso al pronto soccorso, pericolo immediato di vita, invalidità, anomalie congenite, decesso, altra condizione clinicamente rilevante. Alcuni eventi avversi, inoltre, vengono considerati gravi a prescindere dalle conseguenze cliniche se presenti in una lista che viene pubblicata e periodicamente aggiornata dall'Agenzia Europea dei Medicinali, sotto il nome di IME list (dove l'acronimo IME sta per Important Medical Events).

Sulla base di questi criteri, può essere considerata grave p. es. una febbre $\geq 39^{\circ}$ che può richiedere la somministrazione di un farmaco.

Meno frequenti sono le altre reazioni locali e i dolori articolari diffusi. Come atteso, la febbre è stata segnalata con maggior frequenza dopo la seconda dose rispetto alla prima.

Gli eventi segnalati insorgono prevalentemente lo stesso giorno della vaccinazione o il giorno successivo (85% dei casi).

Del 7,6% di segnalazioni classificate come "gravi", per le quali è in corso la valutazione del nesso causale con i vaccini, tre su quattro non hanno richiesto intervento specifico in ambito ospedaliero.

Nel periodo sono stati segnalati anche 13 decessi avvenuti nelle ore successive alla vaccinazione che, nelle segnalazioni più dettagliate e complete di dati, non sono

risultati correlati alla vaccinazione e sono in larga parte attribuibili alle condizioni di base della persona vaccinata.

Nel Primo rapporto pubblicato, pertanto, AIFA conclude che le analisi condotte sui dati fin qui acquisiti confermano quindi un buon profilo di sicurezza di questi due vaccini a mRNA. L'ampio numero di segnalazioni non implica che siano emerse criticità inattese, ma è indice dell'elevata capacità del sistema di farmacovigilanza nel monitorare la sicurezza.

E proprio partendo dai dati AIFA e dalla variegata moltitudine di interventi ascoltati in televisione o letti sui quotidiani, lascerei la conclusione di questo contributo ad una riflessione di Alberto Scanni, già Direttore Generale dell'Istituto Tumori di Milano, dal titolo: La scienza ha bisogno di pazienza e prudenza.

"Un conto sono le opinioni, un conto sono i dati scientifici. Può però capitare che questi ultimi, anche se pubblicati su riviste autorevoli, siano contraddittori, non univoci. La scienza ha bisogno di tempo, è lenta nelle conclusioni, necessita di continue verifiche e quello che oggi può sembrare verità, domani può cambiare...Di fronte a queste incertezze lo scienziato non parteggia né per un dato né per un altro, sa che deve essere il tempo a confermarci una verità, che la prudenza è fondamentale...rifugge da facili comunicazioni, non cade nella tentazione di protagonismo...nel suo DNA c'è la pazienza di aspettare, lontano dai riflettori, per non rischiare di essere un opinionista qualsiasi..."

Bibliografia

- [1] WHO - Regional Office for Europe
- [2] infovac.ch
- [3] epicentro.iss.it
- [4] AIFA - Rapporto n. 1 sulla Sorveglianza dei vaccini COVID-19

L'IMPRESINDIBILE BIVIO

DELLA FUTURA STRATEGIA SOCIOSANITARIA

Tra le numerose sfide che il periodo pandemico sta lasciando in eredità, c'è la ricollocazione ed il ripensamento del ruolo del "Territorio" nella gestione organizzativa del sistema assistenziale sociosanitario, sia regionale che locale.



Ma cosa significa "Territorio", visto che spesso si parla di questo termine, dimenticandone tuttavia il significato più concretamente reale e giuridicamente corretto?

Il primo significato - più prettamente letterale - di "Territorio", tratto dal vocabolario Treccani (<https://www.treccani.it/vocabolario/territorio/>) indica una "regione o zona geografica...d'una certa estensione... compresa entro confini... che costituisce una entità giurisdizionale, amministrativa, ecc.", quindi uno spazio fisico ben determinato e predefinito, all'interno del quale è possibile effettuare delle valutazioni di tipo epidemiologico, statistico ma soprattutto programmatico. Dal punto vista, invece, più specificamente legislativo, dobbiamo far riferimento all'ormai celebre D. Lgs 502 del 1992, emanato dall'allora Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo, sotto il governo Giuliano Amato, sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria".

Al Titolo I di tale decreto, dopo aver affrontato l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza, contestualmente alle relative risorse da assegnare al SSN, vengono definiti con chiarezza che tali livelli comprendono

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro,
- l'assistenza distrettuale
- l'assistenza ospedaliera, con relativi e ben definiti compiti e limiti.

Ma è nell'articolo 3 *quater* e *quinquies* che vengono esplicitati i compiti e le funzioni del "Distretto", che è una "articolazione dell'unità/azienda sanitaria" e che "assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie..., nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei

servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali". A tale scheletro legislativo generale, si puntellano i successivi interventi normativi, sia da parte delle regioni sia da parte dei contratti nazionali di settore.

Come si è mossa la Regione Piemonte in tal senso?

Riguardo alle strategie regionali ed aziendali volte al coinvolgimento della Medicina di Territorio, a livello regionale è stata definita una base di piattaforma contrattuale per la definizione di un Accordo Integrativo Regionale (AIR), "ponte" che, nelle more della definizione di un modello omogeneo a livello nazionale dell'A.C.N. previsto dall'art.1 della L. 189 dell'8.11.2012 e s.m.i., consenta di impostare sul Territorio le basi del percorso di riorganizzazione delle cure primarie e delle relative forme organizzative/associative, nell'ambito del modello di rete UCCP/AFT.

Ma cosa rappresentano le UCCP / AFT?

Gli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Convenzionata degli Specialisti Ambulatoriali Interni e della Medicina Generale, in ottemperanza alla Legge Balduzzi (D.Lgs. 158/2012), emanata sotto il Governo Monti, stabiliscono che i sanitari convenzionati (Specialisti Ambulatoriali Interni, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) operano obbligatoriamente all'interno delle nuove forme organizzative AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale) e UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie), denominate e definite a livello regionale.

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali sono forme aggregative mono-professionali, quindi della Specialistica Ambulatoriale Interna, della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta. L'organizzazione della AFT degli Specialisti Ambulatoriali prevede, inoltre, che i suoi componenti operino presso le sedi indicate dall'Azienda, le UCCP ovvero presso le sedi delle AFT della Medicina generale e della Pediatria di Libera Scelta.

Le UCCP, invece, rappresentano una forma organizzativa complessa di carattere multi-professionale, che opera all'interno di presidi o strutture individuate dalla Regione e quindi territorialmente dall'Azienda di riferimento, dislocate nel Territorio.

Vengono poi delineate le figure del referente delle AFT e del coordinatore della UCCP, da ricercare tra i professionisti, con le specifiche competenze e responsabilità.

Il Territorio regionale, tra Specialisti a tempo determinato ed indeterminato, afferenti a circa 65 Specialità, conta circa 1.000 Medici (di cui circa un centinaio nella nostra Provincia).

La Medicina Generale è una disciplina che storicamente trova i suoi punti di forza nella conoscenza dei propri assistiti, nell'approccio bio-psico-sociale, nelle competenze trasversali e nella semeiotica risultando per contro una disciplina "tecnologicamente povera", empirica e esercitata prevalentemente in forma individuale con scarse opportunità di confronto.

Umberto GOGLIA



Davide CENTO

I primi tentativi sperimentali di forme associative in Medicina Generale risalgono agli anni '80, ma è con la Convenzione del 2000 (art 40 del DPR 270/2000) e con quella firmata il 20 Gennaio 2005 e resa esecutiva in data 23 Marzo 2005 (art 54) che l'Associazionismo trova il suo pieno riconoscimento a livello normativo, in questo favorito dal D.Lgs. 229/1999, "Riforma ter", dove al MMG viene riconosciuto un ruolo centrale nell'Assistenza Primaria e nell'Organizzazione del Ausl/Distretto. L'associazionismo tra MMG è diventato attualmente una necessità dettata dalla complessità professionale, dal desiderio di confronto e dalla crescente mole burocratico-amministrativa che rendono la collaborazione tra pari e con l'infermiere di famiglia una preziosa risorsa nello svolgimento della pratica lavorativa.

Attualmente i medici di famiglia della Provincia di Cuneo sono circa 380, con 23 equipe nella ASL CN 1 e 7 nella ASL CN 2, cui si assommano 78 pediatri, suddivisi a loro volta in 6 equipe.

Nel distretto sudovest dell'Asl CN1, sede di lavoro degli estensori dell'articolo, i MMG sono 111 di cui oltre il 50% esercitano la professione in forma associativa:

- 39 in medicina di gruppo.
- 17 in medicina di rete.
- 3 in medicina di associazione.

Nel corso degli ultimi decenni abbiamo assistito all'incremento della popolazione affetta da malattie croniche e alla crescente complessità gestionale del paziente "fragile", che richiede una presa in carico condivisa e la creazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che permettano a ogni figura professionale coinvolta di espletare mansioni specifiche e complementari. È quindi necessario un rimodellamento delle Cure Primarie capace di fornire una assistenza sempre più integrata e multi-professionale che realizzi una appropriata presa in carico del paziente spostando sul Territorio l'assistenza sociosanitaria e lasciando al polo ospedaliero la prevalente gestione delle acuzie. La Medicina di Famiglia deve tornare ad essere il perno di un sistema strutturalmente complesso che diventa imprescindibile per una efficiente gestione del paziente, arricchendosi così dal confronto con lo Specialista ambulatoriale, l'infermiere di famiglia e qualunque altra professionalità che costituisca parte attiva nel percorso sociosanitario integrato.

Come spesso accade, tuttavia, l'armonizzazione tra modelli organizzativi e specificità territoriali regionali è spesso articolata e non priva di criticità di natura sindacale e di arroccamenti polarizzati di parti diverse.

Gli esempi sinora presenti sul Territorio, dobbiamo ammetterlo, sono stati pressoché ubiquitariamente degli sbiaditi e sfocati tentativi di offrire una risposta che non ha modificato in maniera significativa il flusso dei pazienti ed ha creato uno scarso impatto sulla vita concreta dei cittadini.

Pensiamo ai Centri di Assistenza Primaria (CAP) ed alle Case della Salute (CS): ogni Regione ha voluto assegnare dei nomi differenti per dare un significato alle indicazioni del Piano Nazionale Cronicità.

È giunto il momento di saper offrire un colpo di coda, di assegnare alla Medicina

territoriale la giusta dignità e il giusto spazio, quindi le opportune risorse, tra l'altro previste dagli accordi e dall'impalcatura normativa.

È evidente che vi siano problemi strutturali profondi, primo tra tutti la carenza di disponibilità dei professionisti stessi, sia tra i medici convenzionati che tra medici dipendenti. Ma proprio su questa questione va affrontato il tema più delicato: bisogna rendere "conveniente" ed "attraente" il sistema pubblico, anche mediante la gestione sapiente dei contratti in essere, attraverso un approccio innovativo nello strumento degli AIR. Il vero problema, infatti, è quello che potremmo indicare come la **questione motivazionale** del professionista sanitario.

La domanda alla quale è necessario rispondere è: quanto le strategie di politica sanitaria hanno lavorato a rendere motivato e stimolato il professionista, nei termini di crescita ed arricchimento professionale? Quanto il medico è stato veramente coinvolto nella condivisione delle scelte e nella gestione strategica dei percorsi di cura? Quanto in questi anni i diversi obiettivi aziendali hanno assecondato l'evolversi e l'accrescimento del momento topico della relazione paziente-sanitario, che è il momento culminante dell'intero percorso di cura, in cui la competenza professionale offre il vero valore aggiunto al percorso stesso?

È evidente, purtroppo, che troppo spesso si è ragionato ancora con lo strumento della prestazione, all'interno di una ottica "volumetrica" di arida aritmetica, pur sapendo tutti gli attori del sistema che si trattava di una logica fallace e spesso priva di realistica utilità.

In data 20/12/2018 nell'ambito del Piano Locale Cronicità, è stata costituita una Cabina di Regia interaziendale tra ASL CN1 e ASO Santa Croce e Carle, oltre al Nucleo per la Cronicità ASLCN1.

Gli elementi presi in considerazione sono il ruolo di tutti i professionisti sanitari delle cure primarie, in una prospettiva definita di "sistema unico multicentrico integrato", il lavoro "in rete", l'importanza del supporto tecnologico quale strumento facilitante il modello, il ruolo attivo da parte del cittadino e del paziente stesso, in una ottica di ottimizzazione del processo di *engagement*, ovvero di pieno e consapevole coinvolgimento della persona nel percorso di cura.

Tornando alle risposte possibili, abbiamo alcuni esempi già ben roditi e ben strutturati, uno su tutti la rete endocrino-diabetologica della Regione Piemonte, di cui si è già scritto in un articolo pubblicato sul Notiziario di quest'Ordine, ma non solo.

È in ultima analisi da ricordare che l'ottimizzazione di un fisiologico percorso territoriale porterà nel breve, medio e lungo termine degli evidenti vantaggi sulla rete ospedaliera e dell'emergenza sanitaria, in termini di riduzione di pressione sui servizi di DEA e di aumento dell'appropriatezza di accesso.

È tempo di rimuovere i veti incrociati che hanno appesantito le contrattazioni in questi anni, a tutti i livelli, ed il prossimo biennio sarà nevralgico per tale operazione.

Non è più una questione ideologica o di principio, ma di necessità.

Lo rende necessario l'evento pandemico, tutt'oggi ancora non concluso, ma che con l'avvio dei programmi vaccinali è destinato a ridimensionarsi, e lo rende possibile un avvicendamento generazionale che promette energie, approcci e mentalità innovative.

COVID E BAMBINI: LE DUE FACCE DI UNA STESSA MEDAGLIA

Marina VALLATI



Sino a questo momento il mondo della Pediatria, anche italiano, ha prestato la massima attenzione a quello che poteva essere l'impatto di salute fisica dell'infezione da COVID-19. I dati disponibili, anche se parziali, evidenziano che l'età pediatrica e adolescenziale è "risparmiata" nella severità dell'infezione.



Dall'inizio dell'epidemia sono stati 43.841 (pari al 3,6 % del totale) i casi diagnosticati nella fascia di età da 0-9 anni e 105.378 quelli diagnosticati nella fascia 10-19 (8,6%). Tra i bambini più piccoli (0-1 anno) gli asintomatici sono più di 6 su 10 (64,3%) più di 3 su 10 (32%) i paucisintomatici o con sintomi lievi, solo il 3,4% manifesta sintomi severi. Nella fascia tra i 2 e i 19 anni gli asintomatici sono più di 7 su 10, la restante parte è paucisintomatica o lievemente sintomatica (rispettivamente 8,6% paucisintomatici e 15,2% lievemente sintomatici nella fascia 2- 6 anni; 10% paucisintomatici e 19,4% lievemente sintomatici nella fascia 7-19). Marginali i sintomi severi in questa fascia di età (0,3%-0,4%). Sono stati 8 i decessi registrati da 0 a 19 anni dall'inizio della pandemia (Istituto Superiore della Sanità)

La paura di frequentare luoghi sanitari considerati a rischio di contagio, soprattutto nella prima ondata della pandemia, l'impatto improvviso e violento del virus su un sistema sanitario non preparato a questa emergenza, i ritardi diagnostici per patologie in cui il tempo è prezioso, le terapie interrotte in bambini fragili sono gli effetti indiretti della pandemia SARS CoV-2 sulla salute e sul benessere dei bambini e degli adolescenti a cui si aggiungono, ma non da ultimi, i rischi psicologici e i deficit formativi legati all'isolamento e alla chiusura delle scuole.

Chi paga il prezzo più alto sono soprattutto i bambini più fragili ovvero quel milione

di bambini con patologie croniche complesse che durante le fasi più acute della pandemia si sono trovati nell'impossibilità di seguire i controlli previsti, di raggiungere i centri ospedalieri e spesso anche gli ambulatori dei pediatri di famiglia, con conseguenze negative sia sul piano clinico e sia sul piano psicologico. Secondo una survey condotta da SIMGePed, Uniamo e Associazioni amiche di Telethon circa il 40% dei bambini "fragili" ha interrotto i controlli spesso su indicazione stessa dei centri di riferimento, controlli spesso decisivi per evitare complicanze della patologia. Circa una famiglia su tre di fronte a un evento critico acuto del bambino (come una crisi epilettica) ha deciso di non accedere a un servizio di Emergenza, ma di gestirlo in proprio, certamente con molti rischi. A livello complessivo secondo stime Simeup (Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza Pediatrica) durante la pandemia il calo medio dell'utenza pediatrica nei Pronto Soccorso è stato del 40%, con punte dell'80% in alcuni Territori. Il minor accesso ai servizi sanitari ha influito sul ritardo diagnostico anche per patologie in cui la tempestività della diagnosi può essere decisiva per evitare complicanze anche fatali. "Il caso più eclatante è quello dei bambini con diabete 1 per i quali una diagnosi tardiva significa correre il rischio della chetoacidosi, condizione potenzialmente fatale, e del coma. Secondo la SIEDP (Società Italiana Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica) il numero di chetoacidosi gravi riscontrate all'esordio del diabete è passato dal 36% del totale nel periodo pre-COVID al 44% durante il lockdown: quasi in un caso su due quindi l'accesso del paziente al pronto soccorso è stato tardivo, esponendolo a un rischio molto elevato. E ancora AIEOP (Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica) fa sapere che nel periodo marzo-maggio 2020 a causa del COVID-19 le diagnosi di tumore pediatrico si sono ridotte rispetto al corrispondente periodo dello scorso anno.

Sul fronte delle vaccinazioni si è assistito soprattutto nella prima ondata a un calo delle coperture vaccinali generalizzato. Secondo un'indagine condotta dalla SIP (Società Italiana di Pediatria) oltre 3 genitori su 10 hanno rinviato le sedute vaccinali dei propri figli per paura del contagio o per la chiusura dei centri vaccinali, con il rischio di una possibile ripresa di patologie infettive prevenibili, quali pertosse, morbillo, meningiti meningococciche. Un problema non solo italiano, perché sono molti gli Stati che a causa della pandemia hanno interrotto le vaccinazioni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNICEF e il Gavi hanno stimato che almeno 80 milioni di bambini siano a rischio di contrarre malattie prevenibili con le vaccinazioni in seguito alla pandemia. Secondo i dati preliminari OMS-Unicef relativi ai primi 4 mesi dell'anno, per la prima volta dopo 28 anni si è verificato a livello globale un calo sostanziale del numero di bambini che hanno completato le 3 dosi di vaccino contro difterite, tetano e pertosse (DTP3).

Tra i principali determinanti di salute, inoltre, non sono da sottovalutare alimentazione e stile di vita. Epidemia da SARS-Cov-2 e epidemia di obesità, all'apparenza così distanti, sono in realtà strettamente connesse: l'isolamento, la noia, la sedentarietà



spingono a un maggior consumo di alimenti calorici favorendo il sovrappeso e l'obesità che a sua volta è un fattore di rischio per il COVID-19. Uno studio condotto a Verona su 41 bambini affetti da obesità ha evidenziato, durante il lockdown, un incremento significativo del numero di pasti giornalieri e dell'assunzione di patatine fritte, carne rossa e bevande zuccherate, rispetto al periodo precedente la pandemia. Inoltre, è stato descritto un aumento significativo del tempo trascorso davanti allo schermo, associato ad una significativa riduzione dell'attività fisica. A risultati simili è giunto un lavoro condotto su 298 bambini spagnoli normopeso che ha anche messo in luce come la riduzione dell'attività fisica era più marcata nei figli di madre straniera o con titolo di studio inferiore. La pandemia si sta drammaticamente rivelando un acceleratore delle disuguaglianze. Fattori etnici, stato socioeconomico e livello culturale possono determinare una disparità di accesso ad una alimentazione salutare esponendo il soggetto al rischio di patologie croniche e obesità, che sono correlate anche ad una peggiore prognosi in caso di COVID.

Se nel 2019 si stimavano circa 1 milione e 137 mila bambini in condizioni di povertà, con la pandemia la situazione si è aggravata perché l'emergenza sanitaria si è rapidamente trasformata in un'emergenza sociale, con la perdita del lavoro di milioni di persone. Secondo *Save the Children* entro la fine dell'anno, 1 milione di minori in più potrebbero scivolare nella povertà assoluta, il doppio rispetto a quelli del 2019. L'aumento drammatico della povertà notoriamente si associa anche nell'età infantile ad una ridotta qualità della vita, un aumento delle malattie e a disturbi e difficoltà nella sfera fisica, affettiva, emotiva, cognitiva, linguistica e relazionale. La chiusura delle scuole ha fatto emergere nuove criticità perché molti sono stati gli studenti esclusi da videolezioni per la mancanza di computer, di connessioni e per la condivisione dello stesso dispositivo fra più fratelli o familiari. L'ISTAT ha certificato che durante

il confinamento 1 studente su 8 non possedeva un *laptop* per la didattica a distanza e più di 2 minori su 5 vivevano in case prive di spazi adeguati per studiare.

In questo contesto è cruciale il tema della riapertura delle scuole. Le infezioni da SARS-CoV-2 sono più basse nei bambini rispetto agli adulti e sembrano seguire la situazione piuttosto che guidarla. È più facile che sia un adulto ad infettare un bambino che viceversa. Secondo gli ultimi dati del ministero dell'Istruzione, diffusi il 15 ottobre, gli studenti contagiati erano 5.793, lo 0,08 % del totale, i docenti 1.020, cioè lo 0,13, e il restante personale scolastico 283, cioè lo 0,14, a testimonianza che le scuole sono luoghi sicuri.

Preoccupano invece le crescenti evidenze sui danni provocati dall'isolamento come ansia, disturbi del sonno, disordini alimentari. È urgente l'apertura delle scuole per evitare che alla crisi sanitaria ed economica se ne aggiunga una educativa e sociale dalle conseguenze pesanti per tutti i bambini. Lo Stato può intervenire con ristori economici, ma non può sostituire i benefici portati dalla frequenza scolastica; un bambino di 6 anni non avrà più 6 anni e ciò che perde in questi mesi lo avrà perso per sempre. È di pochi giorni fa la notizia, riportata dai principali quotidiani italiani, del boom di tentativi di suicidio da parte degli adolescenti (ma anche dei preadolescenti) in questo periodo di pandemia. Sono stati, in particolare, i neuropsichiatri infantili dell'Ospedale Regina Margherita di Torino a denunciare in una ricerca una crescita, mai registrata prima, di tentativi di suicidio e di suicidi portati a compimento tra i minori nella fascia di età 10-17 anni.

Il fenomeno, che ha visto un aumento già negli ultimi dieci anni, è destinato a crescere in quanto adolescenti e preadolescenti in questo periodo di isolamento forzato e di pressione psicologica sono più preda di depressione, ansia e sono anche più esposti alla violenza domestica.

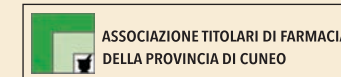
A Torino, per tentare di prevenire e arginare il fenomeno, è stato avviato il progetto "Un ponte tra Ospedale e Territorio", con un programma integrato di cura e di accompagnamento che prevede l'espressione artistica e la socializzazione tra pari per facilitare il reinserimento sociale degli adolescenti con psicopatologia complessa.

Allargando il raggio di osservazione al contesto internazionale, da un'indagine sulla salute mentale condotta a giugno dai CDC di Atlanta è emerso che i sintomi di ansia e depressione sono notevolmente aumentati nell'ultimo anno a causa principalmente dell'isolamento dai coetanei e dell'interruzione della routine scolastica, che hanno contribuito a far crollare la sensazione di stabilità percepita solitamente.

Studi in tutto il mondo stanno misurando gli effetti della pandemia su bambini e adolescenti. Una recentissima *review* (Loades ME, et al.) aveva come obiettivo di stabilire ciò che si sa sull'impatto delle misure di contenimento sulla salute mentale di bambini e adolescenti selezionando studi fra il 1946 e il 2020. La revisione ha incluso 63 studi per un totale di 51.576 partecipanti. L'isolamento sociale e la solitudine aumentavano il rischio di depressione fino a 9 anni dopo. I risultati di questa revisione della letteratura sulla solitudine e l'isolamento sociale hanno potenziali implicazioni per l'attuale pandemia di COVID-19. Le conclusioni dei ricercatori hanno evidenziato come bambini e adolescenti abbiano maggiori probabilità di sperimentare tassi elevati di depressione e molto probabilmente ansia durante e dopo la fine dell'isolamento forzato. Questo



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo



può aumentare in corrispondenza alla continuazione dell'isolamento. Viene sottolineato come i servizi clinici dovrebbero offrire supporto preventivo e intervento precoce ed essere preparati per un aumento dei problemi di salute mentale.

I medici (pediatri, neuropsichiatri infantili) e gli psicologi dell'età evolutiva che trattano bambini e adolescenti devono parlare con loro dell'impatto del COVID-19 sulle loro vite e valutarne il potenziale rapporto con la loro attuale salute mentale. Per alcuni giovani, l'impatto psicosociale del COVID-19 può essere correlato all'insorgenza o all'esacerbazione dei loro attuali problemi di salute mentale. Per altri giovani, in particolare quelli con disturbi d'ansia sociale, restare a casa e frequentare la scuola online può alleviare temporaneamente la loro ansia, ma questa non è una soluzione a lungo termine e può provocare un'ansia opprimente quando è necessario tornare a scuola. Per i medici che curano i genitori di bambini e adolescenti, è importante informarsi sulla salute mentale dei loro figli durante questa pandemia. La salute mentale dei genitori può essere influenzata dalla salute mentale dei loro figli e viceversa. Bisogna incoraggiare i genitori a chiedere una valutazione per i loro figli nel caso nutrano dubbi sulla loro salute mentale. L'intervento precoce può prevenire le conseguenze sulla salute mentale a lungo termine.

L'Unicef ha predisposto una serie di strategie, rivolgendosi direttamente agli adolescenti, su come fare a proteggere la loro salute mentale e prendersi cura di sé stessi, riconoscendo innanzitutto la propria ansia senza aver paura di passare attraverso il dolore per uscirne rigenerati e più forti. I ragazzi non possono farcela da soli ed è pertanto imperativo pianificare e migliorare l'accesso degli stessi ai servizi di supporto per la salute mentale. È necessario creare una rete collaborativa, diretta e digitale, dei vari soggetti direttamente o indirettamente coinvolti interpellando genitori, psichiatri, psicologi, pediatri, volontari della comunità.

A noi come comunità di Pediatri e come singoli, compete di agire come sentinelle delle singole situazioni con maggiore difficoltà e disagio, a partire dai bambini fragili, più vulnerabili, per diverse cause, spostando la nostra attenzione verso l'altra faccia della medaglia che ci riguarda profondamente e che quello dell'impatto sulle famiglie e sugli adolescenti della crisi sanitaria. Non esiste più una dimensione strettamente sanitaria del nostro lavoro ma socioeconomica e territoriale, caso per caso, che ci deve vedere da subito protagonisti con ragionevolezza e con impegno concreto.

BIBLIOGRAFIA

- Congresso Straordinario Digitale della Società Italiana di Pediatria, dal titolo "La Pediatria italiana e la Pandemia da SARS-CoV-2" 27-28 Novembre 2020
- Dors 22 12 2020 Adolescenti e Covid: come prevenire e curare l'ansia e la depressione
- Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. Psychiatry Res. 2020
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7444649/>
- How teenagers can protect their mental health during coronavirus (COVID-19). 6 strategies for teens facing a new (temporary) normal.
- <https://www.unicef.org/northmacedonia/how-teenagers-can-protect-their-mental-health-during-coronavirus-covid-19>

Ai medici della provincia di Cuneo convenzionati con il S.S.N.
Alle farmacie della provincia di Cuneo

Questi Ordini hanno già chiarito in precedenza con puntuali precisazioni a supporto:

LE CORRETTE MODALITÀ PER IL RITIRO CON DELEGA DELLE RICETTE NONCHÉ LA PROCEDURA PER L'INVIO DELLE STESSE VIA MAIL ALL'ASSISTITO, come si evince dalla circolare inviata e diffusa in data 17 03 2018 attraverso i canali in uso, ciascuno ai propri iscritti. Detta circolare viene allegata in calce alla presente, nel caso qualcuno l'avesse smarrita o dimenticata.

Cogliamo l'occasione per chiarire ulteriormente come nel periodo iniziale dell'emergenza pandemica, l'impatto drammatico che questa ha creato sulla sanità e sulla gestione delle incombenze ad essa collegata (vedi anche le modalità di prescrizione e di spedizione delle ricette) ha suggerito a codesti Ordini di avere un occhio più benevolo e di riguardo ad eventuali anomalie nel ritiro delle ricette con delega e/o nelle procedure per l'invio telematico delle stesse al soggetto titolare quando queste modalità, data l'eccezionalità della situazione, non erano sempre conformi a quanto indicato dalla legge.

Accade però che, superata la prima fase dell'emergenza, entrambi gli Ordini ricevono segnalazioni che alcuni colleghi, sia medici che farmacisti, seguitano a disattendere in modo continuativo dette indicazioni di legge.

Proprio per questo entrambi gli Ordini intendono ribadire come esse siano cogenti, sia per i medici che per i farmacisti, essendo ormai da tempo finita la fase iniziale della pandemia che aveva lasciato tutti disorientati e poteva aver prodotto comportamenti anomali che, seppur non pienamente rispettosi della legge, potevano essere parzialmente compresi data l'eccezionalità della situazione.

Riteniamo pertanto di dover informare i colleghi che entrambi gli Ordini sono costretti (per norma di legge) a fare in modo che le corrette procedure per il ritiro con delega e la spedizione delle ricette vengano applicate sia dai medici che dai farmacisti, riservandosi di sanzionare all'occorrenza coloro che palesemente e in modo continuativo disattendono i dettami di legge, essendo questo un compito istituzionale a cui non possono sottrarsi.

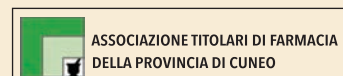
Certi che i colleghi recepiranno con estrema attenzione le indicazioni della presente e terranno in considerazione le possibili conseguenze che un persistente comportamento non corretto potrebbero comportare, porgiamo distinti saluti.

Cuneo, 8 febbraio 2021

Il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Cuneo **Dott. Giuseppe Guerra**
Il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Cuneo **Dott.ssa Enrica Bianchi**
Il Presidente dell'Associazione Titolari di Farmacia di Cuneo **Dr. Massimo Mana**



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo



**Oggetto: delega ritiro ricette e trasmissione promemoria
ricetta dematerializzata via e- mail alle farmacie**

Questi Ordini hanno condiviso l'opportunità di affrontare congiuntamente le due questioni in oggetto, nei termini che seguono.

DELEGA RITIRO RICETTE ALLE FARMACIE

Sono state segnalate alcune iniziative volte a consentire il ritiro delle prescrizioni presso gli studi medici da parte di titolari di farmacie o di loro incaricati per la successiva consegna agli assistiti.

Se è vero che la condizione di fragilità di parte dei pazienti dà luogo a difficoltà, se non impossibilità, di recarsi personalmente in ambulatorio, è evidente che iniziative come queste devono essere circoscritte a casi da considerarsi l'eccezione e non la regola e, comunque, devono essere in linea con la disciplina della privacy.

Al contrario, le concrete modalità operative adottate nel conferire la delega al ritiro delle prescrizioni destano più di una perplessità. Ad avviso degli scriventi, infatti, per un verso non risulta garantito il rigoroso rispetto della riservatezza e, per altro verso, tali pratiche possono esporre medici e farmacisti a contestazioni per condotte non corrette, anche sotto i profili deontologici e professionali.

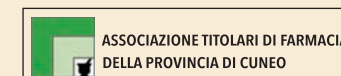
Risulta infatti, tra l'altro, che la delega al ritiro di documentazione medica in busta chiusa sia generalizzata e non finalizzata a un determinato ciclo di terapie o di accertamenti; che il destinatario della delega (titolare di farmacia) si riservi poi la facoltà di scegliere e incaricare informalmente propri collaboratori al ritiro delle buste presso lo studio medico, per di più senza necessità di loro identificazione; che la delega in questione possa essere revocata ma soltanto per iscritto ritenendosi in caso contrario indistintamente confermata per qualsiasi ulteriore acquisizione di documentazione sanitaria.

Gli Ordini scriventi invitano pertanto i propri iscritti ad astenersi dall'agevolare tali prassi e, nel caso venga loro richiesta la disponibilità a rendere tale servizio, di assicurarsi:

- *che l'iniziativa sia limitata ai pazienti che, per situazioni contingenti, si trovano nella concreta impossibilità di recarsi dal medico;*
- *che la delega venga rilasciata di volta in volta e non sia quindi continuativa;*
- *che il soggetto chiamato a ritirare la busta chiusa sia sempre indicato tra i delegati al ritiro e venga identificato dallo studio medico.*



ORDINE DEI MEDICI
Chirurghi ed Odontoiatri
della Provincia di Cuneo



TRASMISSIONE PROMEMORIA RICETTA DEMATERIALIZZATA VIA E- MAIL ALLE FARMACIE

Il DM 2 novembre 2011 prevede che il medico prescrittore, dopo avere generato la ricetta elettronica, consegna il promemoria cartaceo della stessa all'assistito, il quale dovrà poi recarsi presso la farmacia che preferisce per ritirare, previa consegna del predetto promemoria, i farmaci prescritti.

Non è invece prevista in alcun modo l'ipotesi di una trasmissione del promemoria dal medico via e-mail, tanto meno ad una predeterminata farmacia.

Tale modalità di trasmissione, oltre appunto a non essere contemplata in nessuno dei provvedimenti emanati in relazione alla dematerializzazione delle ricette SSN, si pone in contrasto con il vigente ordinamento farmaceutico e non, potendo configurarsi, tra l'altro, come comparaggio e costituire violazione della privacy, del principio di libera scelta della farmacia e del rispettivo codice deontologico dei professionisti coinvolti.

Si raccomanda pertanto ai propri iscritti di non rendersi disponibili a tali pratiche.

Cordiali saluti.

Cuneo, 17 marzo 2018

*Il Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Cuneo **Dott. Giuseppe Guerra***

*Il Presidente dell'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Cuneo **Dott.ssa Enrica Bianchi***

*Il Presidente dell'Associazione Titolari di Farmacia di Cuneo **Dr. Massimo Mana***

Riferimenti di prese di posizione già in atto

GARANTE PRIVACY: IL PROMEMORIA NON PUÒ ESSERE INVIATO VIA E MAIL

Il Garante, nella sua annuale relazione della propria attività presentata il 28.06 u.s. in Senato (allegato n. 1 pag.72), ha ricordato quanto segue: L'art. 1, comma 4, decreto del MEF del 2 novembre 2011 prevede che "il medico prescrittore rilascia all'assistito il promemoria cartaceo della ricetta elettronica secondo il modello riportato nel disciplinare tecnico Allegato 2". Il menzionato decreto, precisa che potranno essere resi disponibili ulteriori canali per accedere ai servizi di cui al presente disciplinare erogati dal Sac, in modo particolare per la fruizione del promemoria da parte degli assistiti (art. 3.5.1.) attraverso il sito del Ministero dell'economia e delle finanze (www.sistemats.it) (art. 4.1.) ma allo stato le modalità alternative per usufruire del promemoria non sono state ancora individuate.

Pertanto nell'attesa che il MEF stabilisca le vie alternative per l'invio del promemoria cartaceo la posta elettronica è a rischio sanzioni per violazioni della Privacy.

LETTERA CONGIUNTA ORDINE MEDICI E FARMACISTI DI TORINO

Tale modalità di trasmissione, oltre appunto a non essere contemplata in nessuno dei provvedimenti emanati in relazione alla dematerializzazione delle ricette SSN, si pone in contrasto con il vigente ordinamento farmaceutico e non, potendo configurarsi, tra l'altro, come comparaggio e costituire violazione della privacy, del principio di libera scelta della farmacia e del rispettivo codice deontologico dei professionisti coinvolti. Si raccomanda pertanto ai propri iscritti di non rendersi disponibili a tali pratiche.

REGIONE SARDEGNA

Il medico che trasmette via mail la ricetta dematerializzata a una farmacia non soltanto viola la libertà di scelta del paziente, ma mette in atto comportamenti che potrebbero avere rilevanza non solo disciplinare, ma anche civile e penale. È quanto si legge nella nota che l'Assessorato alla Sanità della Sardegna ha diffuso nei giorni scorsi ad Asl, Ordini dei medici e dei farmacisti e rappresentanze sindacali delle due professioni. Il decreto 2 novembre 2011, ricorda in sintesi l'Assessorato, impone al medico di rilasciare il promemoria cartaceo all'assistito. «A oggi» continua la nota «non sono stati individuati canali alternativi per la trasmissione del promemoria, e in ogni caso non sono ammissibili soluzioni che limitino la libertà di scelta del paziente e violino la reale concorrenza tra gli erogatori». Di conseguenza, il medico che invia la ricevuta cartacea della ricetta alla farmacia anziché consegnarla al paziente espone sé stesso e il farmacista al rischio di sanzioni disciplinari, civili e penali.

FEDERFARMA MARCHE

Urgono indicazioni che dissuadano i medici dall'inviare per mail il promemoria della ricetta direttamente in farmacia. È quanto chiede Federfarma Marche in una lettera inviata alla Regione per riferire del fenomeno e sollecitare contromisure. «Con il diffondersi sul territorio della ricetta dematerializzata» scrive il presidente regionale del sindacato, Pasquale D'Avella «sta emergendo in alcuni medici la pratica di trasmettere il promemoria direttamente alle farmacie, a mezzo posta elettronica, per il successivo ritiro dei medicinali prescritti da parte dell'assistito». Tale abitudine, continua la lettera, non solo non è contemplata «da nessuno dei provvedimenti emanati in relazione alla dematerializzazione delle ricette Ssn», ma si pone anche «in contrasto con il vigente ordinamento farmaceutico». Non va poi dimenticato, continua Federfarma Marche, che l'invio del promemoria al farmacista da parte del medico stesso potrebbe configurarsi «come vero e proprio comparaggio», oltre a violare la privacy del paziente e il suo diritto alla libera scelta della farmacia cui rivolgersi. Per tale motivo, conclude la lettera «confida che l'assessorato voglia offrire indicazioni e soluzioni che evitino comportamenti passibili di contestazioni o sanzioni».

	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE funzionale a valenza regionale “Malattie ed Emergenze Infettive”	Direzione Sanità e Welfare Settore Prevenzione e Veterinaria
---	--	---

UNITA' DI CRISI

PROCEDURA SPECIALE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID 19 ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

PER LA FORMAZIONE DI ELENCHI DI MEDICI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE NELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE PIEMONTE

Per far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, **si informa che è in corso una raccolta di manifestazioni di interesse**, per la formazione di elenchi di medici disponibili a prestare assistenza nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte.

Le Aziende procederanno al conferimento di incarichi libero professionali, secondo le proprie necessità, ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazione nella Legge n. 27/2020.

Professioni sanitarie ammesse alla procedura speciale:

- medici specialisti;
- medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione;
- laureati in medicina e chirurgia, abilitati alla professione medica e iscritti agli ordini professionali;
- personale medico collocato in quiescenza, anche ove non iscritto al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo.

Compenso:

A fronte dell'erogazione delle prestazioni mediche suddette è previsto un compenso orario:

- per incarichi libero professionali o di collaborazione coordinata e continuativa conferiti a medici specialisti: 60 € lordi;
- per incarichi libero professionali conferiti a medici specialisti in quiescenza: 60 € lordi;
- per incarichi libero professionali o di collaborazione coordinata e continuativa conferiti a medici specializzandi o a medici laureati e abilitati privi di specializzazione: 40 €.

La durata dell'incarico e l'impegno orario verranno concordate tra l'azienda e il professionista a seconda della disponibilità manifestata e del perdurare della necessità assistenziale e comunque secondo quanto previsto dell'art. 2 bis del D.L. 17 marzo 2020, n. 18.

L'incarico in oggetto implica incompatibilità con la sussistenza di lavoro dipendente, a tempo pieno, con altro Ente pubblico o con privati o con altri incarichi di collaborazione professionale, a qualsiasi titolo ricoperti, che, sommati al presente, comportino un impegno lavorativo complessivo superiore alle 38 ore settimanali, fatta salva la facoltà, da parte di ogni singola Azienda, di rilasciare specifiche autorizzazioni.

Nel caso di svolgimento di altra attività retribuita presso Enti o Strutture pubbliche e private operanti per il SSN, la stessa attività non deve comportare conflitto di interessi con il presente incarico.

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Le candidature, dovranno essere presentate mediante procedura telematica.

La procedura è attiva 24 ore su 24 da qualsiasi postazione collegata alla rete internet.

MODALITA' DI TRASMISSIONE MEDIANTE PROCEDURA ON – LINE

REGISTRAZIONE

- ✓ Collegarsi al sito internet:
<https://aslcittaditorino.iscrizionesconcorsi.it/>
- ✓ Accedere alla **“PAGINA DI REGISTRAZIONE”** ed inserire i dati richiesti e **“Conferma”**.
Inserire esclusivamente un indirizzo di posta elettronica NON certificata. Il programma invierà una e-mail al candidato con le credenziali provvisorie: USERNAME e PASSWORD.
- ✓ Ricevuta la mail contenente le **credenziali provvisorie**, l'aspirante dovrà collegarsi al link indicato nella mail per modificare la password provvisoria con una **password definitiva** che dovrà essere utilizzata per la registrazione della domanda e per tutti gli accessi successivi.

PRESENTAZIONE CANDIDATURE

- ✓ Collegarsi al sito internet: <https://aslcittaditorino.iscrizionesconcorsi.it/>
- ✓ Inserire USERNAME e PASSWORD
- ✓ Cliccare sull'icona **“Iscriviti”** della procedura alla quale si intende partecipare
- ✓ **Si accede** così alla pagina di inserimento della candidatura.
- ✓ Si inizia la compilazione dalla scheda **“Anagrafica”**, che dovrà essere compilata in tutte le sue parti. Per iniziare la compilazione cliccare sul tasto **“Compila”** ed al termine dell'inserimento di tutti i dati confermare cliccando su **“Salva”**.
- ✓ Il candidato dovrà **proseguire nella compilazione di tutte le pagine** visibili sul pannello di sinistra (requisiti, esperienze professionali, ecc.). Le pagine già compilate presenteranno un segno di spunta di colore verde (✓) mentre quelle non ancora compilate sono precedute dal simbolo del punto interrogativo (?).

La compilazione delle pagine può avvenire in più momenti; inoltre è possibile aggiungere/correggere/cancellare i dati fino a quando non si conclude la compilazione.
- ✓ Quando la compilazione è terminata, cliccare **“Conferma ed invio”**.

ASSISTENZA TECNICA

Le richieste di assistenza tecnica possono essere avanzate tramite l'apposita funzione disponibile alla voce di menù **“Assistenza”** sempre presente in testata della pagina web.

SCADENZA

Il presente avviso rimane aperto per tutto il perdurare dell'emergenza.

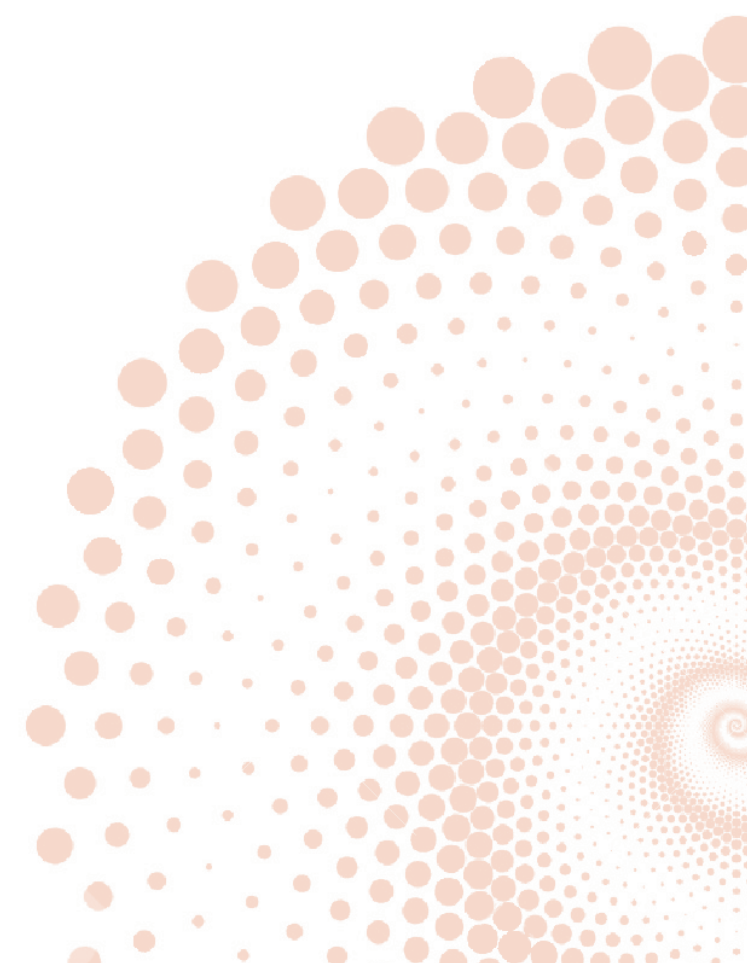
Il trattamento dei dati personali è disciplinato dal D.lgs. 19 settembre 2018 n. 101 e dal Regolamento UE 2016/679; i dati personali saranno raccolti presso la struttura competente per la gestione della presente manifestazione di interesse, per l'eventuale attribuzione dell'incarico e per le finalità inerenti la gestione del medesimo. Le stesse informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche interessate.

Eventuali chiarimenti potranno essere richiesti al seguente indirizzo e-mail: personale.dirmei@aslcittaditorino.it o al n. telefonico 0115662816.

Direttore Regionale
Sanità e Welfare
Fabio AIMAR
(sottoscritto digitalmente)

Commissario
Emergenza Covid-19
Unità di Crisi
Emilpaolo MANNO
(firmato in originale)

Funzionario Responsabile
Donatella PAGLIASSOTTO
Dirigente Amministrativo
(sottoscritto digitalmente)



DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELL'INFEZIONE COVID-19

Roberto PRIOTTO



L'infezione pandemica da virus Sars Cov 2 ormai da quasi un anno rappresenta una vera emergenza sanitaria stante la severità della malattia polmonare come indica lo stesso acronimo Sars (*Severe acute respiratory syndrome*).

L'infezione Covid-19 malgrado possa colpire diversi organi ed apparati è caratterizzata da sintomatologia prevalentemente respiratoria caratterizzata da tosse secca e dispnea ed i pazienti si presentano alla valutazione clinica spesso con riduzione della SpO2.

La diagnostica per immagini ha svolto sin da subito un ruolo importante nella valutazione delle alterazioni polmonari attraverso le principali metodiche di studio del polmone ossia il radiogramma del torace e la Tomografia Computerizzata (TC). L'RX del torace rappresenta in genere l'esame radiologico di primo livello; è però metodica caratterizzata da bassa sensibilità, anche per motivi tecnici, in quanto eseguita molto spesso in una sola proiezione ed in clinostatismo; difficilmente identifica le lesioni iniziali, ma può essere utile per escludere altre patologie e rappresenta, soprattutto nei pazienti in degenza o in terapia intensiva strumento a basso costo per il monitoraggio evolutivo della polmonite.

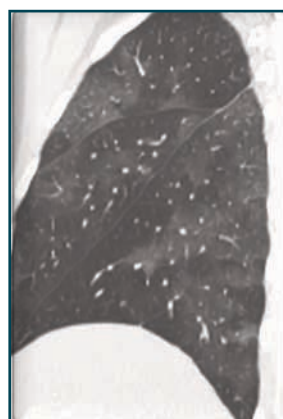


Fig. 1
immagine assiale:
addensamento
a vetro smerigliato
lobo inferiore sin
(freccia).

Fig. 2
ricostruzione piano
sagittale: plurimi
addensamenti GG

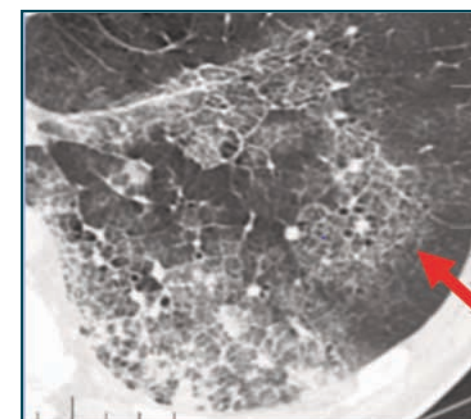
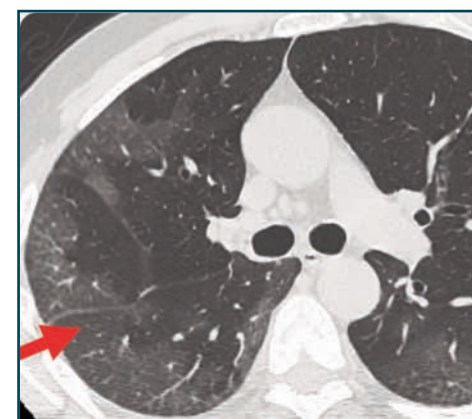
La TC multidetettore (TCMD) è a tutt'oggi la metodica indubbiamente più affidabile nello studio delle alterazioni polmonari soprattutto se condotta con tecnica ad alta risoluzione (HRCT); questa è una modalità particolare di acquisizione in TC che non utilizza mezzo di contrasto endovenoso, ma grazie all'impiego di algoritmi ad alta frequenza spaziale ed allo spessore di acquisizione assai ridotto (< 1 mm) ci fornisce un'ottimale visualizzazione del parenchima polmonare ed in particolare della trama interstiziale; l'acquisizione spirale multidetettore consente di effettuare un'acquisizione sull'intero torace in pochi secondi, possibile anche in pazienti poco collaboranti ed il volume di dati ottenuto sul piano assiale può essere ricostruito su piani differenti (coronale e sagittale) e grazie ad algoritmi specifici tipo

MIP e minip è possibile ottenere informazioni complessive dell'anatomia bronchiale e vascolare oltre che del parenchima.

L'HRCT è metodica molto sensibile (94-97%) nel rilevare le alterazioni caratteristiche dell'infezione Covid-19 quali le opacità a vetro smerigliato (*ground glass opacity*, GGO) (Fig. 1-2) ossia tenui addensamenti polmonari che per definizione non oscurano le immagini sottostanti di vasi e bronchi e che l'RX difficilmente è in grado di riconoscere; il GG rappresenta un generico impegno degli spazi alveolari che possiamo osservare in patologie molto diverse fra loro dalle infezioni polmonari all'edema polmonare alle malattie fibrosanti; in questo caso il GG nelle fasi iniziali dell'infezione esprime il danno cellulare del virus Sars Cov 2, stante l'affinità per i recettori ACE 2 dell'angiotensina presenti sulla superficie delle cellule alveolari di tipo II e dei capillari endoteliali.

L'HRCT è in grado di evidenziare le alterazioni polmonari in oltre il 50% di pazienti con sintomi iniziali ed anche in pazienti asintomatici o paucisintomatici.

Nell'infezione Covid-19 il GGO (Fig. 3) si manifesta con caratteristiche abbastanza tipiche: è a chiazze, talora rotondeggianti, bilaterali, a distribuzione prevalente-



mente subpleurica, spesso a localizzazione nelle regioni dorsali; nel corso dell'infezione il GGO tende ad incrementare di densità con impegno dei setti interstiziali ed assumere il pattern che definiamo "crazy paving" (Fig. 4) sino ad aumentare ulteriormente con la comparsa di consolidamenti.

Nella vasta letteratura scientifica pubblicata sull'argomento è stato dimostrato che i pattern HRTC nel Covid-19 sono variamente combinati in un arco temporale di malattia di circa 15-20 giorni; nei primi 4 giorni dall'inizio dei sintomi (*early stage*) le prime alterazioni polmonari a comparire sono le opacità "ground glass" molto tenui (pure GGO) con le caratteristiche di distribuzione sopradescritte; nella fase

Fig. 3
opacità "ground glass"
a localizzazione sub-
pleurica (freccia)

Fig. 4
opacità "crazy paving"
(freccia)

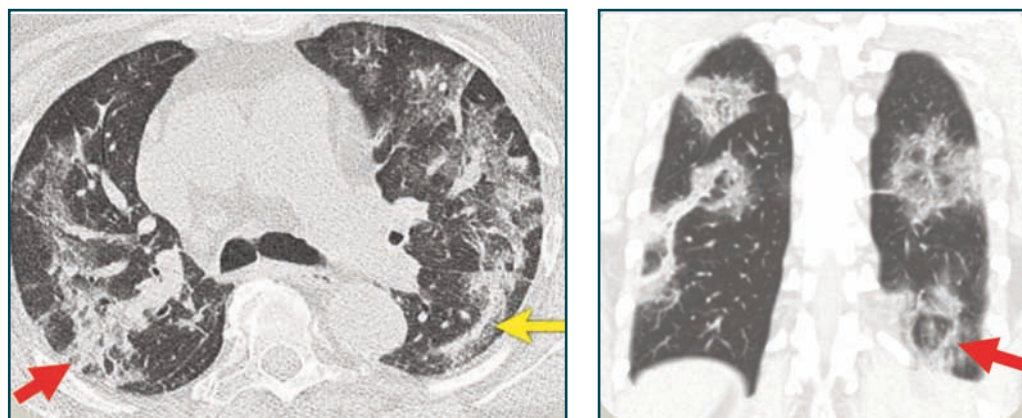


Fig. 5:
opacità consolidative
subpleuriche (freccia
rossa) e bande adden-
santi (freccia gialla)

Fig. 6:
opacità peribronchiali
(*atollo sign*)

successiva da 5-8 giorni (*progressive stage*) il GG tende ad incrementare di densità ad estendersi con maggior impegno interstiziale (GGO + “*crazy paving*”); successivamente dai 9-13 giorni (*peak stage*) compaiono consolidamenti (Fig. 5), più frequentemente basali associati a bande di addensamento subpleurico e ad opacità peribronchiali (segno dell’atollo) (Fig. 6) molto simili alle manifestazioni di polmonite organizzativa, una forma istologica caratterizzata da tessuto connettivo a sviluppo nei bronchioli respiratori e nei dotti alveolari e che in TC rappresenta un pattern che osserviamo come risposta polmonare a diverse noxae patogene come infezioni, patologia da farmaci, connettivopatie, polmoniti da aspirazione. Dopo circa due settimane dall’insorgenza dei sintomi ha inizio la fase di riassorbimento (*absorption stage*) nella quale si osserva progressiva riduzione delle opacità consolidative e parziale riventilazione alveolare.

Si è peraltro dimostrato che le manifestazioni della fase tardiva possono persistere a lungo, nonostante un miglioramento clinico ed in alcuni lavori comparsi in letteratura gran parte dei pazienti sono stati dimessi a fronte del perdurare di consolidamenti; non sono noti al momento eventuali sviluppi a distanza della patologia polmonare non essendo pubblicati dati robusti di *follow-up*.

Poco frequenti sono le adenopatie, il versamento pleurico ed i noduli.

La conoscenza dei *pattern* tipici di questa infezione virale è importante per sospettare la comparsa di complicanze, tra cui la più temibile l’ARDS (sindrome da distress respiratorio); in questi casi possiamo ipotizzare un’evoluzione in senso peggiorativo allorché osserviamo la comparsa di opacità a vetro smerigliato a distribuzione centrale e periferica con associati più estesi consolidamenti subpleurici espressione di fenomeni atelettasici da perdita di surfattante e complessiva perdita di volume polmonare; il rilievo di manifestazioni disventilative è informazione importante da fornire al clinico, spesso anestesista - rianimatore, perché sono pazienti che potrebbero beneficiare della posizione prona (Fig. 7).

Un’altra complicanza che interessa circa il 20% dei pazienti Covid-19 ricoverati nelle terapie intensive o subintensive è l’embolia polmonare; è ormai noto che questa infezione virale insieme all’importante reazione infiammatoria produce fattori pro-coagulativi responsabili di fenomeni trombotici ed ischemici del microcircolo; in

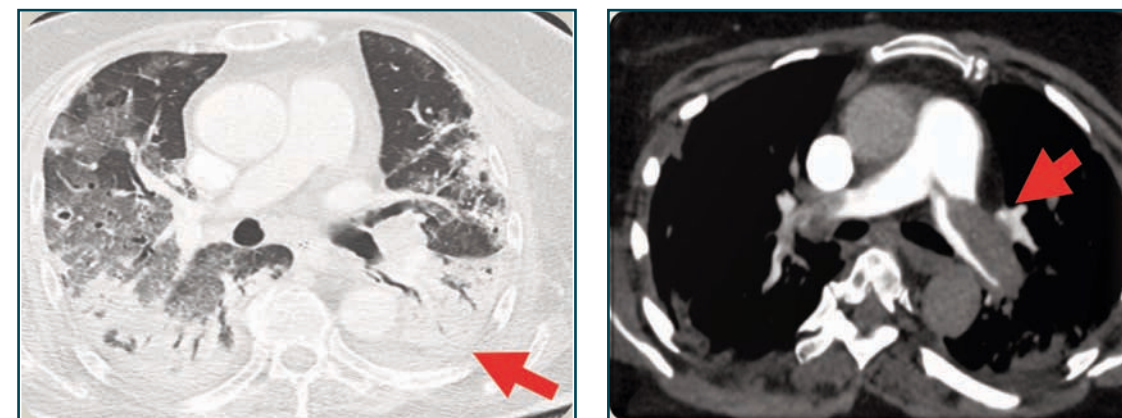


Fig. 7:
ARDS: opacità GG ilari
e periferiche associate
ad estesi consolida-
menti subpleurici
(freccia)

Fig. 8:
difetto di riempi-
mento tromboembo-
lico (freccia) nel ramo
principale sin dell’ar-
teria polmonare.

questi casi l’indagine TC, attualmente *gold standard* nella diagnosi di TEP deve essere condotta con MdC endovenoso per dimostrare i difetti di riempimento espressione di tromboembolia all’interno dei rami arteriosi polmonari (Fig. 8).

In conclusione la TC occupa un ruolo importante nell’infezione da virus Sars Cov 2 essendo di cruciale importanza nella identificazione e valutazione dell’estensione della polmonite virale e nella corretta interpretazione delle modificazioni temporali del quadro radiologico durante la malattia fino alla risoluzione; non deve essere utilizzata come metodica di *screening* ma va correttamente impiegata nel *work-up* di questa malattia infettiva in pazienti con sintomatologia polmonare suggestiva per valutare il grado di interessamento polmonare e nelle situazioni non infrequenti di incertezza diagnostica di pazienti sintomatici ma negativi al tampone faringeo o pazienti anziani con plurime comorbidità (scompenso cardiaco, tumori etc.) nei quali un quadro radiologico suggestivo è utile per una corretta collocazione dei pazienti nei reparti di competenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Tao et al “Correlation of chest CT and RT-PCR testing in coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases” Radiology 2020
2. Zhao et al “Relation between chest CT findings and clinical conditions of coronavirus disease (COVID-19) pneumonia: a multicenter study” AJR 2020
3. Pan et al “Time course of lung changes on chest CT during recovery from 2019 novel coronavirus (COVID-19) pneumonia” Radiology 2020
4. Bernheim et al “Chest CT findings in coronavirus disease -19 (COVID-19): relationship to duration of infection” Radiology 2020
5. Wang et al “Temporal changes of CT findings in 90 patients with COVID-19 pneumonia: a longitudinal study” Radiology 2020
6. Larici et al “Multimodality imaging of COVID-19 pneumonia: from diagnosis to follow-up. A comprehensive review” European Journal of Radiology 2020

SECONDA ONDATA ERAVAMO E SIAMO PRONTI

SI, MA, FORSE, E INVECE...

Claudio BLENGINI



Sembra un mantra dover scrivere ancora di pandemia, e invece... *e invece* il problema esiste ancora eccome. Alla prima ondata siamo stati colti impreparati e non poteva essere diversamente. O forse no? A ben pensarci un piano contro le pandemie avrebbe dovuto esserci e invece ci si era dimenticati di aggiornarlo e predisporre le misure strategiche per attuarlo. Se ben ricordo una Procura sta indagando e gli elementi che stanno venendo alla luce sono tutt'altro che confortanti e meritano più di una riflessione. I dispositivi di protezione individuale erano e sono uno strumento sostanziale nella lotta alle pandemie e devono essere sempre a disposizione di tutti coloro che operano in prima fila nella lotta alle virosi pandemiche, e invece...



E invece non c'erano, o se c'erano erano troppo pochi o di qualità scadente. Perché chi doveva approvvigionarsi aveva comprato quelli più scadenti tanto non era mai successo nulla, di recente, né sarebbe mai accaduto, e invece...

E invece il virus si è presentato puntualmente a chiedere conto delle carenze, delle distrazioni, delle colpevoli manchevolezze. Che le pandemie siano un elemento fondante dell'evoluzione dell'umanità è un dato acclarato da tempo. Che si presentino periodicamente con carattere aggressivo che produce milioni di malati e di morti è un dato storico incontrovertibile. In un'un'epoca in cui la tecnologia e la scienza hanno fatto passi da gigante, affacciandosi su frontiere in passato mai nemmeno immaginabili, trovarsi preparati per affrontare un'epidemia su scala mondiale avrebbe dovuto essere una cosa ovvia. Bisognava prevedere che si sarebbe verificata prima o poi una nuova pandemia, era matematicamente sicuro.

Il problema era solo il quando, ma prepararsi ed essere pronti non avrebbe certo danneggiato nessuno, e invece...

E invece a tutt'oggi i medici morti sono oltre 300 (la seconda ondata ha continuato a mietere vittime), e lo stesso è successo per infermieri. Si è subito la prima ondata non potendo fare altrimenti, senza una programmazione adeguata, che potesse almeno definire e dare gli strumenti e i mezzi per affrontarla e circoscriverla, né una strategia efficace per cercare di contenerla quando in atto. Uno tsunami epidemico, questa micidiale virosi, che ha passeggiato indisturbato per tutto il globo terrestre con le Nazioni e i Governi a rincorrere disorientati e in affanno. Ricette raffazzonate e fai da te per farvi fronte, una per tutte quella del Governo inglese, supportata da cosiddetti tecnici, che proponeva di acquisire l'immunità di gregge lasciando circolare liberamente il virus, e invece...

E invece il virus è dilagato, così con ritardo e con i buoi ormai usciti dalla stalla, si è tentato di correre ai ripari. E poi l'estate. Il virus si è attenuato, si è preso anche lui una vacanza, e allora liberi tutti, si riparte, senza troppa attenzione alle misure di distanziamento e di contenimento e invece...

E invece delle tre ipotesi possibili su come la situazione si sarebbe potuta evolvere: la prima che prevedeva un virus in estinzione, la seconda una sua limitata permanenza ma meno invasiva e la terza che prevedeva una seconda ondata, come la spagnola, più aggressiva e micidiale della prima, si è verificata proprio quest'ultima, la più deleteria per l'umanità. Se alla prima ondata abbiamo vacillato disorientati, alla seconda, visto le premesse e cosa già sapevamo, avremmo dovuto essere preparati, e invece...

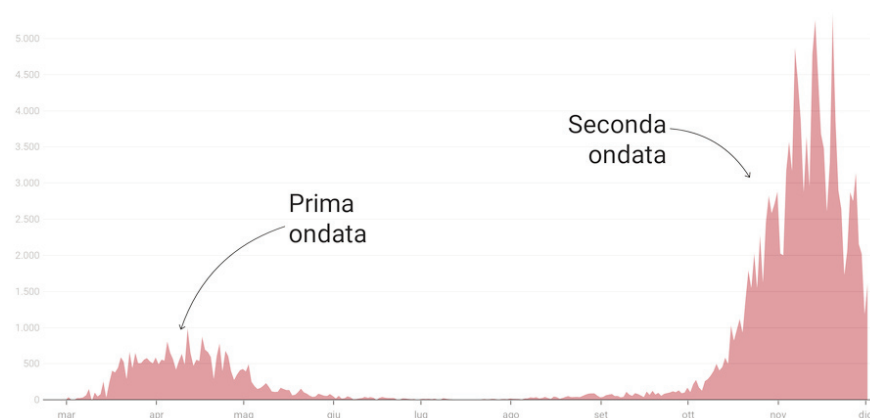
E invece l'impressione è che la seconda ondata ci abbia colti impreparati come la prima. Cicale o formiche? Abbiamo preferito parteggiare per le prime ma poi l'estate è finita, gli amici se ne vanno, ma il virus no. E così abbiamo dovuto realizzare che avevamo ancora compagnia, ma a sentire i colleghi in prima linea, era stato fatto ben poco, nel periodo di minor aggressività del virus, per prepararsi alla seconda ondata. Noi siamo più per la recita a soggetto, per l'improvvisazione, che per la programmazione. E i risultati si vedono. Seconda ondata, di nuovo in affanno, di nuovo tanti ricoveri, di nuovi tanti morti, piani strategici ancora carenti, qualcuno dice: "ci ha nuovamente colti impreparati". Informazioni ai cittadini, anche qui c'è chi dice troppe, chi troppo poche, e invece...

E invece se devo dire il problema è stata la mancanza di pochi concetti chiari, di poche informazioni semplici e ripetute nel tempo, espresse da pochi veri esperti... E invece abbiamo continuato e continuiamo a vedere pochi esperti, ma tanti cosiddetti tali che si alternano in tutte le trasmissioni televisive e nei talk show dando la loro interpretazione del fenomeno, a volte conseguente, più spesso ondivaga nei tempi e nei modi, e invece...

E invece avremmo dovuto averne pochi ma qualificati, che parlassero all'unisono, dando brevi informazioni chiare e documentate. C'è poi il problema vaccino e vaccinazione. Pensare che prima o poi il vaccino sarebbe arrivato non era poi un'idea tanto pellegrina, visto la grande tecnologia acquisita dall'industria farmaceutica e il grande stanziamento di denaro per fare presto e al meglio. Ho sentito che negli USA avevano cominciato a programmare strategicamente la prenotazione e le modalità di somministrazione del vaccino già dalla primavera scorsa, mettendo a capo di tutta l'organizzazione un generale esperto di logistica e strategia. Già, un generale: l'idea può sembrare balzana, ma a pensarci bene neanche troppo visti i numeri da gestire con un ordine che rasenta gioco-forza la logica militare. È una campagna non bellica ma è comunque una "campagna" vaccinale, e invece... *E invece* noi, anche su questo, abbiamo abbozzato, balbettato e stiamo recitando ancora un po' a soggetto, ciascuna Regione o territorio a modo suo. Stiamo ancora

Nuovi positivi

Dati Piemonte dal 24 febbraio al 1° dicembre



cercando e rincorrendo i medici disponibili a fare i vaccinatori, senza aver definito da mesi per tutto il territorio nazionale, come era logico fare, l'impegno logistico, le forze da trovare e da mettere in campo. E poi un sistema di prenotazione unico condiviso, così come il reperimento e la pianificazione di strutture adeguate alla vaccinazione di massa, dove ubicare i nuovi ambulatori vaccinali. L'obiettivo di questa campagna è gioco-forza la vaccinazione di massa perché si raggiunga quella famosa immunità di gregge che dovrebbe servire a proteggere tutti, anche e soprattutto coloro che per svariati motivi non possono vaccinarsi. Allora una campagna informativa che spiegasse le ragioni per cui è necessario vaccinarsi e fugasse i tanti, troppi dubbi frutto di disinformazione senza supporto scientifico, o di *fake news* costruite per interessi di parte o a sostegno di tesi volutamente negazioniste era ed è la prima cosa da fare. Come farla? Anche qui brevi messaggi semplici, comprensibili, ripetuti in modo sistematico nel tempo su tutti i canali di maggior ascolto così come sulle piattaforme e sugli spazi social più frequentati spiegando perché la vaccinazione andava fatta. Smontando, con l'aiuto dei dati scientifici, le

notizie prive di fondamento che generano dubbi e ansia nei cittadini e che rischiano di non far decollare la campagna vaccinale, e invece...

E invece niente di tutto questo, niente messaggi chiari di pochi veri competenti che raccontassero come il contingentamento dei tempi nella produzione del vaccino non abbia contratto il numero di persone arruolate nei trials per ottenere l'immissione in commercio per valutare adeguatamente benefici e rischi. Niente manifesti in tutti le città a firma del Governo che lanciava la campagna con poche frasi di impatto, con messaggi convincenti che fugassero paure e dubbi inesistenti. Niente comunicazioni sistematiche su tv e carta stampata, niente sui social. Perfino tra gli addetti ai lavori qualche rinforzo non sarebbe stato inutile, visto che anche qui, qualcuno si è dimenticato che senza il vaccino, vaiolo e polio sarebbero ancora un grave problema, o che la riduzione del numero di vaccinati per il morbillo ha causato nuovi focolai dalle conseguenze anche gravi. C'è poi la paura in molti di questo RNA che si aggira per le cellule e per l'organismo. Peccato che ci si dimentichi che gli RNA virali (sono molti i virus a RNA con cui il nostro organismo viene a contatto ogni anno a partire dall'influenza) continuano a circolare nel nostro organismo e continueranno a farlo indisturbati senza che fino ad ora siano successe catastrofi. Certo i trials hanno avuto un tempo limitato ma la ragionevolezza biologica della costruzione del vaccino dovrebbe darci qualche strumento in più per controllare paure immotivate, e invece...

E invece sembra che quanto la scienza ha costruito in centinaia di anni possa venire messo in dubbio da notizie e affermazioni vendute come scientifiche pur non essendo tali. Quasi che l'abiura di Galileo sulla scienza sia nuovamente in campo con il rischio di farla da padrone.

Chiudo con un'ultima nota non di colore, ma di fatto che riguarda i sanitari in campo. Durante la prima ondata, nonostante l'enorme incertezza, l'inesperienza le carenze organizzative, non sempre inevitabili, gli operatori sanitari con grandi sacrifici personali e abnegazione sono riusciti a reagire. Ma ora la situazione è profondamente cambiata. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha introdotto il termine "*pandemic fatigue*" per indicare il malumore diffuso tra tutta la popolazione, come reazione a una situazione senza apparente via d'uscita o per la quale perlomeno si stenta per ora a vederne la fine. Gli operatori sanitari non sono estranei a questa condizione, avendone però una percezione del tutto particolare. La preoccupazione più grande è che medici e infermieri potrebbero vacillare e non essere più in grado di colmare ulteriormente le carenze (a questo punto in gran parte evitabili) del sistema sanitario. La nostra è una classe ormai in ginocchio che sente sulle proprie spalle responsabilità troppo grandi, a cui chi doveva dare risposta non lo ha fatto nei modi e nei tempi che erano necessari. In più in tutto questo anche le forze stanno venendo meno, perché è venuto meno anche il supporto da parte della popolazione. Il tempo degli eroi e degli angeli è passato e la gente comincia a non distinguere più i responsabili veri da quelli che sono nella mischia come loro. E chiede conto unicamente a chi, stremato da mesi di battaglia, continua però ad essere in prima linea.

COVID: QUANTO È IMPORTANTE COMUNICARE

Elisa COLOMBI



Responsabile SSD
NPI Asl CN2
Consulente SC
NPI Asl CN1

*Un'esperienza
di gestione della
comunicazione
fra medico
e familiare
all'interno dei
Reparti Covid*

In questi mesi, per la seconda volta, corrispondente al secondo picco di ricoveri della pandemia Covid-19, in pieno periodo emergenziale, ho fatto parte di un gruppo di colleghi, medici appartenenti a discipline differenti, che ha avuto il ruolo di gestire, in stretta collaborazione con i medici del reparto, la comunicazione telefonica con i familiari dei pazienti ricoverati per Covid presso i letti dell'Ospedale di Verduno. Si è trattato di un'esperienza singolare, preziosa ed arricchente, speriamo utile per i tanti familiari che abbiamo incontrato e che forse vale la pena di raccontare per condividere vissuti e riflessioni nostre e loro.

Il Covid ha cambiato il nostro mondo, dentro e fuori dagli ospedali, non solo modificando il contatto con il paziente ma anche ostacolando il contatto diretto fra medico e parente, privandoci di qualcosa di essenziale, rinnovando e forse amplificando la nostra consapevolezza di quanto la

comunicazione sia importante, vada conservata e curata.

L'idea di affidare la comunicazione ai parenti dei pazienti Covid ad un *pool* di medici specialisti, non afferenti alle branche della Medicina Interna bensì a discipline di tipo neurologico e neuropsichiatrico, era partita dalla Direzione Generale dell'Azienda a febbraio 2020: una sorta di "incontro" tra una disponibilità offerta dai medici in una fase di completa chiusura, o quasi, dei propri ambulatori e un'intuizione della Direzione, in un'epoca di ondata pandemica in cui tutti, ognuno con i propri strumenti, erano chiamati, anche dal proprio senso deontologico, a dare una mano, con i propri strumenti: conoscenze mediche e, in questo caso, una competenza di base nella gestione emotiva della comunicazione e della relazione.

Le chiamate sono così iniziate in modo "sperimentale" ma con entusiasmo e con una "visione" condivisa data dalla ricchezza dell'unione delle due anime della Medicina, quella medica e quella psichica.

Pur nelle difficoltà e nelle criticità senza dubbio presenti e legate all'altissimo numero di ricoverati, all'avvicinarsi nei turni di tanti colleghi diversi, alla fatica legata alle tante ore di lavoro e alle mai finite incombenze, abbiamo vissuto un'esperienza intensa che ha fatto emergere anche "la forza di resilienza" dei colleghi, dei ricoverati e dei parenti.

Abbiamo vissuto un'attenzione vera e un'accortezza da parte dei medici del Reparto verso il preservare il contatto, verso il non lasciare i familiari soli a casa, con i propri cari ricoverati, senza possibilità di fare loro visita, di fare quello che di solito i parenti fanno nell'immaginazione di tutti: verificare la situazione dei propri cari ammalati, capire come stanno, farsi un'idea di "come li vedono", osservare le rughe degli occhi, le pieghe del sorriso, il colore della pelle per capire che stanno "sufficientemente bene", come loro "sanno", o se occorre preoccuparsi perché "non sono più loro". Poi... andare a parlare con i medici, farsi spiegare, ma anche dire come

stavano prima e di che cosa hanno bisogno e ... che "loro sanno". Scorgere l'espressione del volto del dottore, per capire se la situazione è grave. Ma anche per trovare una sfumatura di empatia. Quella di cui tutti, sempre, abbiamo bisogno. Ancor più quando ci troviamo in una situazione di fragilità e, in parte, di dipendenza da altre persone. Tutte cose fino a poco tempo fa date per scontate da tutti, anche da noi medici, anche quando siamo nel ruolo di pazienti o di familiari: in fin dei conti, a tutti è capitato.

Il Covid ci ha messo in una situazione del tutto diversa e finora mai sperimentata, dalla cui consapevolezza è nata l'esigenza comune di creare uno spazio apposito per la comunicazione, che deve essere garantita, sempre, nonostante tutto, per evitare assenze, comunicazioni incomplete o cattive interpretazioni, ma soprattutto per lottare contro un mondo di solitudine e di assenza di relazione in cui il Covid ci ha rilegato nostro malgrado, e a cui non dobbiamo sottometterci. E poi, anche, per dare una mano, per una sorta di solidarietà fra colleghi, che se non fosse per il Covid non si sarebbero forse mai incontrati.

Abbiamo avuto a che fare con tanta angoscia, paura del futuro, senso di colpa e vissuti di precarietà e di impotenza.

Ma anche con una grande capacità di resilienza. I familiari hanno, nonostante tutto, ringraziato... sempre, esprimendosi con gentilezza, raccontando a volte parti della loro vita.

Abbiamo vissuto forse una maggiore vicinanza fra medico e paziente. Il senso della fragilità ci faceva sentire, per un attimo, più vicini. Più di quanto sarebbe stato in un normale colloquio medico-paziente in una stanza di ambulatorio in un periodo normale. "Tanti auguri anche a voi, siamo quasi a Natale, venite alla mia cantina a prendere una bottiglia di vino". Straordinaria la capacità di resilienza e di relazione umana.

Alcuni mezzi hanno aiutato, oltre le chiamate. Per esempio, il sentirsi per telefono regolarmente fra paziente e familiari, e quando possibile, soprattutto per chi non era autonomo nell'utilizzare il cellulare, le videochiamate svolte direttamente fra paziente e familiare con l'aiuto del personale del Reparto.

Rispetto al futuro, chissà, mi immagino forse non un'attività analoga, perché questa è stata resa "reale" dalla situazione emergenziale stessa, che ha reso possibile "connubi" non attivabili in una "normale realtà". Tuttavia, vorrei condividere alcune riflessioni nate in queste giornate.

Questa esperienza è stata forse nel nostro piccolo una dimostrazione (una delle tante) che è possibile fare "rete" fra operatori di discipline diverse per rispondere ai bisogni, anch'essi diversi, del paziente. Alla nostra epoca, nelle nostre discipline, rischiamo a volte di viaggiare troppo "a compartimenti stagni", mentre sappiamo quanto è importante vedere sempre il paziente nella sua interezza: è vero che noi medici specialisti non possiamo rispondere in modo adeguato e qualitati-



vamente elevato a tutte le sue esigenze, ma possiamo e dobbiamo “vedere” i bisogni, fare la nostra parte e affidare ad altri la risposta ad altri bisogni. Possiamo lavorare per valorizzare il lavoro di rete, in sinergia fra specialisti diversi, anche grazie agli strumenti della telemedicina, quando necessario. Inoltre, questo percorso ci ha dato l'ennesima conferma di quanto sia sempre più forte, nei nostri giorni, l'esigenza di curare la comunicazione tra medico e paziente/familiari, e non solo, anche la formazione degli operatori sanitari rispetto alla comunicazione. Durante gli studi di Medicina, si studiano tanti dati tecnici, che sono assolutamente indispensabili. Crediamo però sia altrettanto importante per un medico saper comunicare e allo stesso tempo possedere capacità di empatia che permettono di stare “sufficientemente vicini” senza essere invasivi. Queste capacità, importanti da sempre nel corso della storia della Medicina, sono ancora più rilevanti adesso, in un mondo in cui ci si può trovare al telefono col paziente o davanti ad uno schermo, in situazioni in cui non sempre il contatto c'è, ma deve sempre esserci un “con-tatto”. Forse potremmo lavorare tutti insieme per stimolare la formazione nostra, a tutte le età a partire dai neospecialisti, anche su questa particolare “cassetta degli attrezzi”.

COVID «LA MIA ESPERIENZA»

Marinella DESTEFANIS



Non intendo in queste mie brevi riflessioni parlare dell'infezione da Sars-Cov2 con relative conseguenze sanitarie, economiche e sociali per inadeguatezza di contesto e di ruolo. Sono una delle tante persone che hanno contratto la malattia pochi giorni dopo la festività di Natale. Dall'inizio della pandemia ho avuto la sensazione di dover percorrere una strada tortuosa, in salita, piena di difficoltà e di pericoli; ho cercato di evitare il contatto con un nemico invisibile. Ho cercato di mantenere un equilibrio psicologico, ho imparato a vivere il “qui ed ora” ed ho apprezzato la quotidianità. Sono venuta a conoscenza della positività del tampone molecolare quando ormai mancavano pochi giorni dalla prima dose del vaccino. Essendo già sintomatica da alcuni giorni, l'esito positivo ha semplicemente confermato i miei dubbi, che con il trascorrere delle ore si erano rafforzati sempre di più. Dunque, occorre affrontare il grande problema dell'isolamento dai miei familiari; così in pochi minuti mi sono sistemata in una camera con bagno annesso, con la speranza di controllare i sintomi e che il tutto si risolvesse il più in fretta possibile. La fretta ormai è il modo di vivere di questa società frenetica, con impegni lavorativi e familiari che ci sovrastano; spesso corriamo dietro al superfluo e neanche ce ne accorgiamo. Il Coronavirus decide tutto lui: quando e chi infettare, quali sintomi causare con tanto di intensità e durata, quando andarsene, ma soprattutto decide se devi andare ad occupare un letto in ospedale e con quale livello di intensità terapeutica. Proprio questi sono stati i miei pensieri durante i primi giorni di isolamento, con inevitabile sensazione di rabbia e di impotenza. Non sono di solito sentimenti che mi appartengano e in quanto tali molto difficili da accettare e così non restava che sostituirli gradualmente con altri pensieri e comportamenti. Sono partita dalla convinzione che il Coronavirus non può diventare così padrone delle nostre vite, non può decidere tutto lui. Ho controllato i sintomi che sono poi gradualmente regrediti con le terapie farmacologiche ormai consolidate; per fortuna non ho avuto complicanze polmonari o crisi respiratorie. All'inizio ho cercato di sfruttare ogni piccolo spazio di relativo benessere fisico per sostenere il mio benessere psicologico. Ho viaggiato con la mente in luoghi noti e per i quali ho un posto nel cuore; ho dedicato tempo alla lettura, a volte più impegnativa, altre volte una lettura di piccole curiosità, di leggerezza. Così, grazie agli affetti dei miei familiari e di alcune persone per me importanti ho terminato l'isolamento. Se qualcuno mi dovesse domandare se questa esperienza mi ha cambiata la risposta non potrebbe che essere negativa; l'esperienza ci insegna che i cambiamenti hanno un andamento graduale e avvengono in un lasso di tempo abbastanza lungo. Il periodo dell'isolamento mi ha fatto vivere un tempo in cui i ritmi erano più lenti e mi ha fatto comprendere che la fretta brucia le nostre giornate, ed è responsabile dell'insoddisfazione.

INQUADRAMENTO PANDEMIA DA COVID 19

CONSIDERAZIONI ED ESPERIENZA PERSONALE - GARESSIO

DEFINIZIONE

Si tratta di una pandemia causata da un nuovo coronavirus - severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) - che ha avuto origine alla fine del 2019 a Wuhan, una città nella Provincia Cinese di Hubei e che, all'incirca dopo un anno, conta in tutto il mondo 96.012.792 casi e 2.075.870 morti.

EZIOLOGIA DEL COVID

I Coronavirus rappresentano un cluster eterogeneo di virus a singolo filamento di RNA, diffusi tra i mammiferi e gli uccelli e raggruppati nella famiglia dei *Coronaviridae*. I generi di interesse per l'essere umano sono gli alpha- e betacoronavirus che compongono la sottofamiglia dei *Coronavirinae*; non sono patogeni per l'uomo i gamma e deltacoronavirus. Alla fine della seconda decade del ventunesimo secolo, il mondo ha conosciuto la diffusione di un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) tassonomicamente collocato nella specie dei *severe acute respiratory syndrome-related coronavirus* (SARSr-CoV), appartenente al genere betacoronavirus.

Le cellule bersaglio del SARS-CoV-2 sono quelle che possiedono il recettore per l'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2), ubiquitario nell'organismo (orofaringe, polmone, sistema nervoso centrale, tratto gastrointestinale). Anche la proteasi cellulare TMPRSS2 appare importante per l'ingresso nell'ospite.

MECCANISMO PATOGENETICO

La trasmissione del virus avviene principalmente tramite contatti interumani stretti (all'incirca entro due metri) via droplets, attraverso l'inalazione o il contatto diretto con le mucose. SARS-CoV-2 è stato rilevato anche in campioni non respiratori, tra cui feci, sangue, secrezioni oculari e sperma, sebbene resti incerto il loro ruolo nella trasmissione. La progressione della malattia è dovuta ad una tempesta citochinica che induce uno stato iperinflammatorio con riduzione progressiva dei linfociti, marcato aumento dei neutrofili, aumento dei marker infiammatori tra cui, proteina C-reattiva e ferritina. Parallelamente può insorgere uno stato di ipercoagulabilità sistemica, caratterizzato dalla tendenza alla trombosi microvascolare con aumento dei livelli del D-dimero, modeste alterazioni di fibrinogeno, aumento del tempo di protrombina e consumo di piastrine fino ad un potenziale quadro di coagulazione intravascolare disseminata.

Il disordine della coagulazione nella malattia da COVID-19 può esprimersi a livello di ciascuno dei tre elementi che costituiscono la triade di Virchow ossia lesioni/disfunzioni endoteliali, ipercoagulabilità e variazioni emodinamiche.

Il danno virale diretto sull'endotelio vascolare a livello polmonare e su altri organi è determinante nell'attivare la cascata della coagulazione: monociti e cellule endoteliali attivate possono portare all'espressione del fattore tissutale con conseguente genesi di trombina. Contemporaneamente alcune citochine e chemochine proinfiammatorie possono attivare la coagulazione, inattivare le vie anticoagulanti naturali e sopprimere la fibrinolisi.

Pietro REVETRIA



Le variazioni emodinamiche conseguenti allo stato infiammatorio e all'ipercoagulabilità con consumo di fibrinogeno e piastrine sono dovute a microtrombosi in più organi che, nel caso di coinvolgimento polmonare massivo, possono portare a scompenso cardiaco per ipertensione polmonare.

La comparsa di ipossia - fattore rilevante nell'eziopatogenesi della malattia - è legata alla riduzione degli scambi respiratori a livello polmonare dovuto al quadro anatomico patologico: si sviluppa infatti un quadro di polmonite interstiziale con microtrombosi e reazione micro infiammatoria, formazione di essudato prima negli interstizi e poi negli alveoli con possibile sovra infezione batterica.

ANATOMIA PATOLOGICA

A livello polmonare il quadro iniziale è legato all' interstiziopatia visibile alla TAC e caratterizzata dalla presenza di aree di *ground glass* dovute al prevalente coinvolgimento dell'interstizio polmonare. Con il procedere della malattia, le consolidazioni polmonari diventano più frequenti ed estese, coinvolgendo progressivamente gli alveoli.

Microscopicamente, un aspetto specifico della polmonite è rappresentato dalla vasta presenza di trombi nelle grandi e piccole arterie, e nelle vene polmonari, trovati nel 90% dei pazienti deceduti. Altro aspetto specifico è la presenza di cellule anomale di dimensioni molto grandi e con molti nuclei: tali sincizi derivano dalla fusione delle cellule infettate con le cellule limitrofe. Il virus all'interno delle cellule è difficilmente aggreddibile dagli anticorpi.

SINTOMATOLOGIA

Cerchiamo di riportare le fasi fisiopatologiche alle fasi cliniche della malattia.

Asintomatico: positività ai test, senza sintomi.

Quadro lieve: la fase viremica legata alla prima replicazione del virus dà un quadro sintomatologico simil influenzale con tosse, mialgie, cefalea, febbre, possibile anosmia e ageusia, faringodinia, diarrea.

Quadro grave: polmonite interstiziale e insufficienza respiratoria.

Possibili complicanze: *acute respiratory distress syndrome* (ARDS), coinvolgimento cardiaco con aritmie, danno miocardico acuto, scompenso cardiaco e shock; complicanze tromboemboliche tra cui embolia polmonare e stroke ischemico. È anche descritta la comparsa di forme autoimmuni tra cui la sindrome di Guillan Barré e la sindrome di Kawasaki.

DIAGNOSI

1) **Raccolta anamnesi personale:** contatti, relazioni sociali, attività lavorativa.

2) **Quadro sintomatologico:** febbre, anosmia, ageusia, rinorrea, tosse, dispnea, desaturazione.

3) **Indagini diagnostiche:** test molecolare e antigenico, emocromo con formula,

tempi di coagulazione, D-dimero, PCR, fibrinogeno, emogas, indici di funzionalità epatica e renale, colturale su espettorato con antibiogramma, broncolavaggio. Indagini strumentali quali RX torace e HRTC. Sierologia SARSCoV-2 a distanza di 10-15 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

TERAPIA PER GRAVITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA

- a) **asintomatico**: isolamento fiduciario e vigile attesa;
- b) **forma lieve (simil influenzale)**: antipiretico (paracetamolo, FANS)
- c) **casi gravi**: desametasone (6 mg die per 10 giorni) o altri glucocorticoidi (idrocortisone 150 mg, metilprednisolone 32 mg, o prednisone 40 mg), eparina. Antibiototerapia se clinica suggestiva per coinfezione batterica. Ossigenoterapia bassi flussi, NIV/CPAP fino al ricovero in Terapia Intensiva.

Altre terapie in corso di valutazione

- terapia con plasma immune; - terapia con anticorpi monoclonali;
- idrossiclorochina/clorochina; - terapia con antivirali.

TERAPIA PREVENTIVA

isolamento dei pazienti critici e defedati, distanziamento sociale, accurata igiene delle mani, utilizzo delle mascherine chirurgiche, FFP2 e FFP3 e terapia vaccinale.



LA NOSTRA STATISTICA

Nella nostra struttura "Fondazione Opera Pia Garelli" di Garesio, che contava 85 ospiti, dal 10.02.20 al 04.07.20 sono deceduti 19 pazienti in RSA di cui 6 Covid + accertati. Due sono deceduti in ospedale per Covid. 11 ospiti Covid + sono guariti in struttura. A posteriori possiamo pensare che i 2 decessi di febbraio siano stati dovuti all'infezione da coronavirus.

Del personale sanitario, che conta 35 unità, 17 risultavano ammalati; del personale non sanitario, che conta 7 unità se ne ammalavano 3.

I primi tamponi sono stati eseguiti su personale e ospiti il 19 marzo 2020.

LIBRI NON DI MEDICINA SCRITTI DA MEDICI

In questo libro, il Collega Claudio Califano si cimenta con l'antica tecnica del romanzo epistolare, in voga tra Settecento ed Ottocento, perché questa forma consente allo scrittore di esprimere liberamente non solo i fatti ma soprattutto le emozioni, i sentimenti, l'interiorità.

Un romanzo che utilizza la forma epistolare per descrivere due punti di vista dell'autore, unico protagonista dalla doppia personalità, una interiore ed una esteriore.

Per questo motivo lo scrittore fa interagire due personaggi: DaLucio e Claudio, che rappresentano – pirandellianamente – due facce diverse ma complementari dello scrittore, l'io interiore (DaLucio) e l'io esteriore (Claudio).

Il titolo "Mattina" segnala quel percorso esistenziale e narrativo dal buio verso la luce che Califano vuole trasmettere al lettore.

Claudio Califano

Mattina

Romanzo epistolare



arabAFenice

Claudio Califano, nato a Brindisi nel 1957, medico Fisiatra Omeopata, Pensionato, è autore di articoli e libri:

«Curiosando» Il grillo parlante – (2008);

«Pensieri e parole» Il grillo parlante (2010);

«Sillabando» Il grillo parlante (2012);

«Pot-Pourri» Guazzabuglio (2014);

Gruppo Editoriale L'Espresso (ilmiolibro.it);

«Leitmotiv-Un mondo inverosimile ma intanto possibile» Nerosubianco (2020)

MEDICI ISCRITTI PER TRASFERIMENTO DA NOVARA

Alfonso Dr Federico
Arese Dr.ssa Ylenia
Bernardi Dr.ssa Giulia
Bertolino Dr.ssa Alessia
Biale Dr Alessandro
Brignone Dr Lorenzo
Burello Dr Alessandro
Coccalotto Dr Marco
Colombo Dr Marco
Delpiano Dr.ssa Chiara
Durbano Dr Alessandro
Dutto Dr.ssa Camilla
Ferreri Dr Filippo
Fraire Dr.ssa Isabella
Gastaldi Dr Francesco
Gennaro Dr.ssa Marta
Giraud Dr Simone
Lucchino Dr Lorenzo
Moresco Dr Matteo
Murizasco Dr.ssa Eleonora
Piccolo Dr Cristina
Sfondrini Dr.ssa Irene
Sovran Dr.ssa Elena
Tardivo Dr.ssa Valentina

MEDICI CANCELLATI PER TRASFERIMENTO

Magnetto Dr.ssa Marianna	Pavia
--------------------------	-------

MEDICI CANCELLATI SU RICHIESTA

Ciotta Dr.ssa Vincenza	Peveragno
------------------------	-----------

PRIME ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI

Paulov Dr Edgar	Fossano
Scotta Dr Andrea	Fossano
Mazzucco Dr.ssa Letizia	Fossano

ODONTOIATRI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Cherchi Dr.ssa Claudia	Cagliari
------------------------	----------

ODONTOIATRI CANCELLAZIONE SU RICHIESTA

Balocco Dr.ssa Laura	Bra
Fino Dr Domenico	Roburent

Errata corrige: nel bollettino n. 5/2020 il dottor Gallo Giancarlo di Alba è stato erroneamente segnalato cancellato dall'Albo dei Medici invece che da quello degli Odontoiatri. Ci scusiamo per l'errore.



**STOP
COVID-19**