

A.A. vari

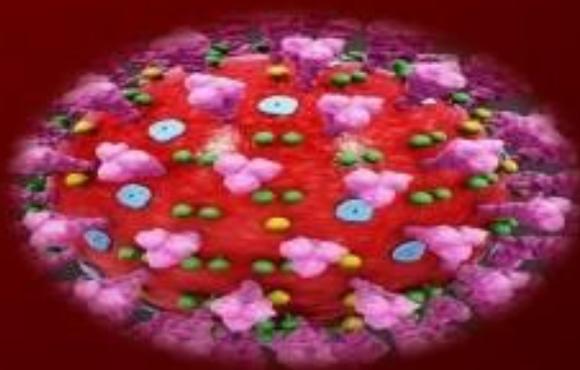
D.C.19

Dopo Covid 19:

Note e riflessioni

di medicina, psicologia,

scienza delle comunicazioni



2020

Chiuso in Redazione il 9.6.2020

Info: DC19libro@gmail.com

Contributi (fonti ed iconografia) con
richiesta di autorizzazioni.

I testi non firmati sono da attribuirsi
ai Curatori.

A.A. vari

D.C.19

Dopo Covid 19:

Note e riflessioni

*di medicina, psicologia,
scienza delle comunicazioni*

2020

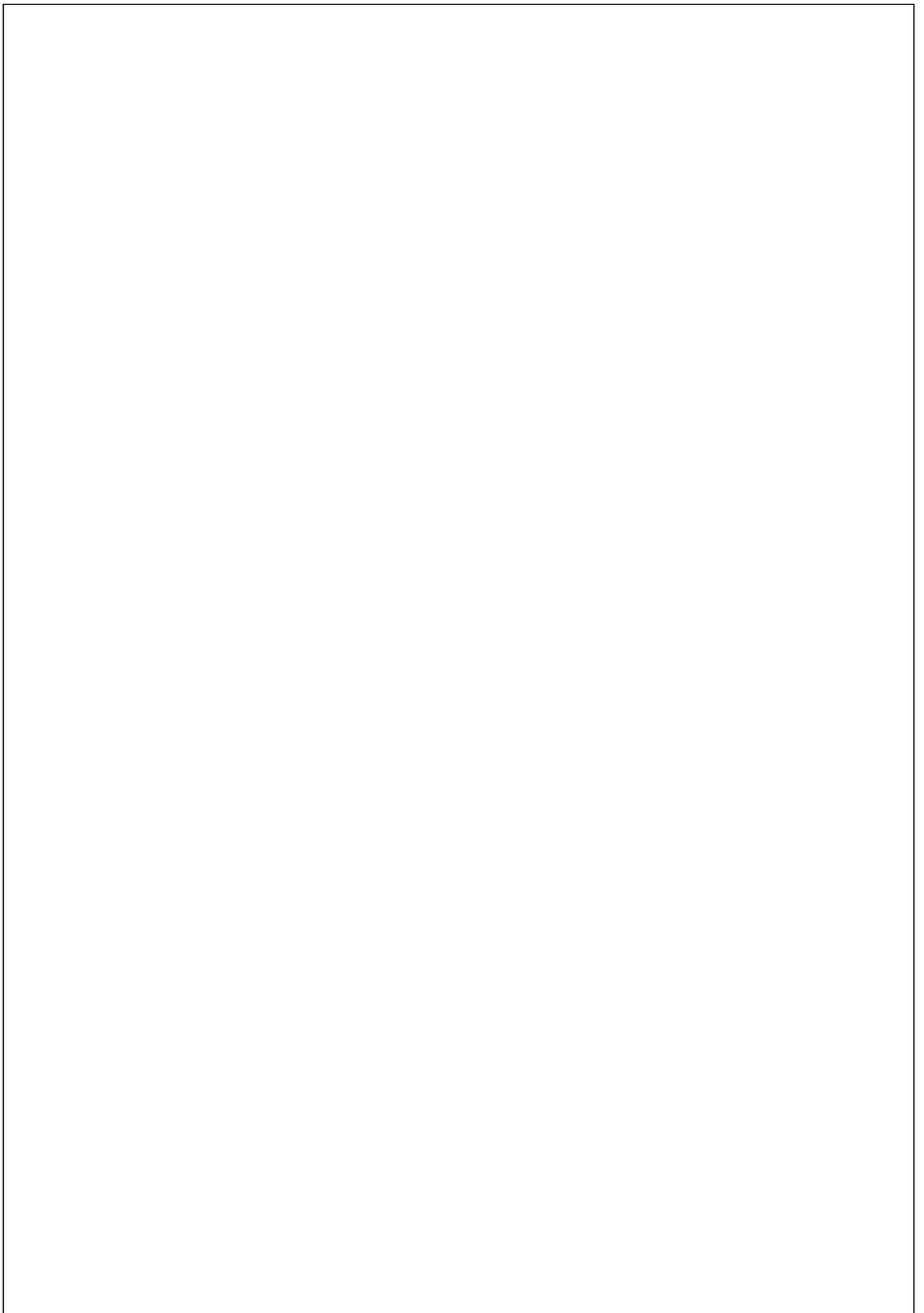
***“Si spengano gli allarmi ma
rimangano accesi i sensori”***

Prof. Paolo Spada

4 Giugno 2020

Ist. Humanitas Rozzano -Mi-

*Dedicato a tutti coloro
che hanno sofferto ed ancora soffrono.*



Indice

Introduzione a D.C.19.....	10
❖ LA STORIA E LA MEMORIA.....	12
1 “La peste non muore mai” di Federico E. Perozziello.....	14
❖ LA MEDICINA.....	12
1. “Caro Collega ti scrivo perché non so che cosa fare” Scritto dai medici ed infermieri	15
2. “Inspirare profondamente prima della lettura” di Rodolfo Guarnieri	29
3. “I nemici invisibili del cuore” di Davide Terranova.....	31
4. “Covid-19: non solo polmonite” di Franco Rusconi	33
5. “Quelle notti di marzo in P.S.” di Ilaria Bossi.....	35
6. “Covid e poi?” di Massimo Valverde	39
7. “Aspetti immunologici dell’infezione di Covid-19” di Ornella Marelli.....	45
8. “La psicanalista: da epidemia a pandemia”. di Giuliana Kantzà	47
9. “Lodi, 230 post colorati dei miei bimbi” di Maria Grazia Minoia	49
10. “Un virus che fa male anche alle gonadi” di Maria Antonella Bertozzi	53
11. “I nostri occhi come finestra di ingresso del virus?” di L.Lombardi e E.Moretti.....	60
12. “Coinvolgimento delle strutture oculari e infezioni da Covid19” di P. Salvetti.....	63
13. “Odontoiatria al tempo del covid-19. Restiamo... a bocca aperta” di G. Pitea	67
14. “Epicrisi di un medico” di Claudio Micheletto.	71
❖ LA COMUNICAZIONE AL TEMPO DEL COVID	73
1. “Faccia a faccia con il Covid-19” di L. Grana, I. Grassi, U.Poli.	76
2. “Il contributo di una giornalista a D.C.19” di Maria Grazia Sartirana	81
3. “La comunicazione e il Covid 19 Dai Media a Promedia 2020” di M. Marturano	83
❖ MARGARITAS.....	87
1 “Vantaggi del lockdown: leggete (e fate leggere)” di Luca Pani.....	88
2 “Il profumo dei libri” di Giovanni Bertozzi	89
3 “Un Avvocato che non difende il Virus” di Franz Sarno.....	91
4 “L’avvocato al tempo del Covid-19” di T.Devercelli,A.Izzo, M.C.Macchiarola.....	92
5 “Dilemmi etici ai tempi del Covid-19” di Isabella Merzagora	94

Introduzione a D.C.19

“L'istoria si può veramente deffinire una guerra illustre contro il Tempo” ⁽¹⁾. La cultura manzoniana, ben nota al Professor Alessandro Barbero, celebre ed apprezzato storico medievista, non ha salvato però il nostro Accademico dalla “prima battaglia del Coronavirus in Italia”.

Tutto inizia il 19-02-2020. Il Professore, peraltro sempre dotato di “sense of humor” e di autoironia, è invitato ad una conferenza all'Università Statale di Milano rivolta ai giovani “millennial”. Si definiscono con questo neologismo gli studenti, nati a cavallo degli anni 2000. Barbero nell'occasione, dice loro testualmente: “...la storia non rallenta mai ... c'è la storia dei grandi avvenimenti, quelli che segnano una data (e fa l'esempio del 1914-18) Voi, giovani che mi state ascoltando, di date così nell'arco della V.s. vita non ne avete vissute (“e vi auguro”, non lo dice, ma lo sottintende, secondo questo redattore) *Non ne vivrete*” ⁽²⁾. Due giorni dopo ci sarà un fatto che segnerà, in una data “cerniera della storia”, il loro ed il nostro futuro: il primo caso di SARS-CoV-2 all' Ospedale di Codogno. Il Prof. Barbero simpaticamente definisce oggi questo aneddoto: un “incidente” ⁽³⁾, a dimostrazione che lo storico può insegnarci certo a non esser condannati a ripetere gli errori del passato ma, quanto a previsioni, meglio lasciarle agli statistici. Quest'ultimi, peraltro, si sa, sono adusi a “torturare i numeri”, come hanno dimostrato grafici e tabelle che hanno inondato i media ed i social nei mesi pandemici.

Ben consapevoli del rischio di far previsioni (di cui sopra), un gruppo di amici e colleghi si è confrontato in questi mesi sul tema di quale sia stato il loro impatto personale (privato e professionale) con la tragedia del Covid19 e quale potrebbero essere poi le conseguenze della prima pandemia “infodemica” in vari ambiti, a breve e medio termine. Talvolta le bozze di appunti (penso alle lettere dal fronte di mio nonno dopo la XII battaglia dell'Isonzo, tristemente nota come Caporetto, del Maggio/giugno 1917) sono divenuti materiali per gli storici che hanno trovato fonte per le loro opere anche in memoriali o piccole cronache o semplici riflessioni raccolte al tempo degli eventi. Pur consci della modestia delle nostre idee, le abbiamo proposte in un primo dibattito radiofonico ⁽³⁾. Quindi si è fatto strada il desiderio di lasciare una traccia scritta (ancorché con la calligrafia un po' algida della tastiera) e l'idea di raccogliere testimonianze e riflessioni allargando temi e domande ad altri professionisti di diverse discipline nonché a testimoni diretti.

Poiché nulla passa invano, la domanda sottesa per ognuno è stata: ***“che cosa abbiamo imparato da questi mesi?”***, a cui segue immediatamente: ***“vedremo un mondo diverso, con occhi nuovi, o ci sarà solo voglia di normalizzazione?”*** Queste pagine di testimonianze cercano dunque, fra il pathos e lo sconcerto vissuto, di rispondere, con uno sguardo oggi opportunamente più presbite, proprio alla domanda: ***“Che cosa ho imparato? Che cosa cambierà poi?”*** A parte il ricordo del maggior impiego della bicicletta quale mezzo di locomozione urbana, che cosa rimarrà invece in

¹ Alessandro Manzoni “I promessi sposi”.

² <https://www.youtube.com/watch?v=ToHQZIXUSA>

³ <https://www.youtube.com/watch?v=htK6vETMQgs>

noi dopo quel movimento emozionale (emozione, da: *ex movere* = muovere dentro) che abbiamo proprio *“provato dentro”* nei mesi trascorsi.

Durante il fermo del *“lockdown”*? Sì, ma ancor di più, per coloro (sanitari, ma non solo) che si sono trovati invece a *“correre vorticosamente”* contro la velocità del virus, portandosi addosso il peso delle molte angosce. Si è trattato per quest’ultimi di raggiungere un traguardo? O vivono oggi, ancora oggi, con la paura di una prossima tappa?

Non manca, in queste pagine, la testimonianza di chi invece ha conosciuto il SARS-CoV-2 per averlo *“avuto dentro”* o accanto, in propri familiari o amici. Ho ascoltato in proposito racconti che, nella loro tragicità, rappresentano vere *“catarsi”* di vita, come leggeremo nei contributi anche di una psicanalista.

Sappiamo che la spinta del male, quando questo ci minaccia, porta a cercare il bene primario della sicurezza e, come ha rilevato il Presidente Mattarella nel Suo discorso per la ricorrenza della Repubblica, il 2 giugno 2020: ***“... se il Paese ha retto, nel suo ruolo sfortunato di cavia occidentale della pandemia, è per una coesione sociale inaspettata, in epoca di ribellismi e disuguaglianze, e per un sentimento spontaneo di comunità, miracolosamente sopravvissuto alla predicazione dell'egoismo nazionale”*** Abbiamo tutti assistito a innumerevoli episodi di solidarietà, di partecipazione al dolore altrui, di aiuto. Il meglio degli Italiani è emerso insieme a qualche, fortunatamente raro, squallido episodio di disprezzo del vivere sociale. Il ricordo di quanti, non solo nella sanità, si sono prodigati con abnegazione, pari spesso alla indisponibilità di protezione personale, viene testimoniato anche da queste pagine.

Tutto succedeva mentre le sirene delle autoambulanze scandivano il tempo e riecheggiavano le parole del poeta John Donne (1572 – 1631), poi riprese da E. Hemingway: ***“Per chi suona la campana”***. La risposta, anche nel marzo 2020, era ovvia: *“Suona per tutti e la sento come mia!”*

C’è sottesa in queste pagine la metafora, idea di Massimo Valverde, del sasso (virus) che velocemente arriva sull’acqua, rimbalza, poi affonda ma crea cerchi concentrici nello stagno che si diffondono e non si fermano. Dove arrivano? Non lo sappiamo ancora quali saranno le conseguenze del sasso- Covid-19. L’immagine in copertina è iconica: una particella virale rimbalzerà; ma non si sa dove.

A questo punto nelle introduzioni iniziano i ringraziamenti. Sono tantissimi i nomi e vengono citati tutti nelle pagine che seguono, raggruppati in quattro macro aree (⁴) Ognuno ha offerto, direi con amore, il proprio tempo, la propria riflessione ed alcune vere *“perle di saggezza”*

Consapevoli dei limiti e della relatività di ogni testimonianza ci siamo infine chiesti: *“Che ne sarà di noi quando poi molti dei cerchi nell’acqua arriveranno alla riva?”*

Buona lettura a tutti.

Giugno 2020

Maurizio Bossi

⁴ La storia. La medicina e psicologia. La comunicazione. Perle (di saggezza condivisa).

❖ LA STORIA E LA MEMORIA.

*“Vissuto, agito e ricordato
sono la nostra storia:
unica e irripetibile” (M.B.)*



1 *“La peste non muore mai”* di Federico E. Perozziello

26 APRILE 2020, domenica

Alla fine, pare forse di intravedere dei timidi segnali di speranza. Ci si agita in tutte le sedi istituzionali o meno per dare un segnale di ripresa, per testimoniare come non sia impossibile ritornare a una condizione di normalità. Logorati da un’infinita serie di lutti ci si illude che tutto possa mostrarsi come prima e che, girata la pagina del dolore e della disperazione per la dipartita di tante persone care, il mondo torni a raccontarsi in modo amichevole, almeno per coloro che sapranno contentarsi di questo e avranno ancora una vita per sperimentarlo.

Lentamente, il numero dei malati, dei contagiati, come si preferisce definirli, sta diminuendo. Ogni persona immagina di potere vivere di nuovo come prima, prima che questo flagello devastasse tante vite, segnasse con il dolore innumerevoli esistenze. La maggior parte di noi si credeva intangibile, sicura di non essere toccata da una forma epidemica di malattia infettiva che si poteva immaginare relegata nelle pagine dei classici della letteratura e nei fotogrammi dei film. Albert Camus scrisse nel suo libro di come i cittadini di Orano si ritenessero innocenti prima del morbo, liberi di potere dedicarsi alle proprie attività preferite, di accudire agli affetti e ai familiari, di costruire un avvenire che fosse degno di essere vissuto. Invece la peste aveva dimostrato come fosse fallace questa ipotesi, come non si fosse mai e comunque completamente liberi. Aveva messo le coscienze di tutti davanti allo specchio della propria condizione umana e l’immagine che ne era risultata non era stata per nulla consolatoria.

Sappiamo, per antica e incontrovertibile verità, che la peste non muore mai. Conosciamo ora e con maggiore nettezza come tutta la costruzione di una civiltà orgogliosa e sicura di sé come quella dell’Occidente possa essere stata messa alle corde da un microrganismo invisibile se non nelle sue drammatiche conseguenze e devastazioni. Ignoriamo perfino cosa sia concettualmente un virus. Se possa definirsi come un’entità viva, in quanto capace a malapena di esistere e soprattutto riprodursi senza infettare e parassitare una cellula ospite. Un’entità che dà luogo a una catena biologica cieca e senza un criterio di ragione, che distrugge molteplici forme di vita per crearne altre in una sequenza pervasa da ragioni ignote, legate a una logica che gli uomini non posso comprendere e che appare disumana, eppure è strettamente legata al mondo che li contiene. Un virus, come il SARS-CoV-2, che pare uscire da un contesto primordiale come la sua spirale a RNA che reca in sé forse i geni di un’epoca antichissima e preumana, quando la Terra era ancora giovane e poche forme di vita strisciavano mute sul fondo degli oceani. Innumerevoli epidemie per innumerevoli generazioni, verrebbe da dire. Flagelli per donne e uomini che hanno atteso la loro fine senza riuscire a difendersi. Mentre scrivo queste parole alcuni di loro si mostrano di nuovo ai miei occhi e li riconosco come li avessi incontrati di persona, a uno a uno. So chi sono, perché esistono documenti storici che si possono ancora consultare e non tutto della

¹ Per gentile concessione dell’Autore. Dal libro “APPENA PRIMA DELLA TEMPESTA ovvero UN DIARIO AI TEMPI DEL COVID-19” di Federico E. Perozziello www.lulu.com e Amazon.it Ed.2020 Il capitolo riprodotto fa parte di un Diario redatto dall’Autore, dal 21. Febbraio al 8 maggio 2020. c.f.r. anche <http://www.filosofia-medicina.net>

loro memoria umana è andato perso. La sensibilità e la compassione che posso provare li riporta in vita e rivedo per un momento le tracce delle loro esistenze.

È stato a Cremona, durante la peste dell'Anno Domini 1452 che presso il quartiere di Porta S. Lorenzo sono venuti a mancare alla signora Maria Grande, "vedova et poverissima", i suoi due figli, un maschio di sei anni e una femmina di nove, mentre la madre ha avuto forse la sventura di sopravvivere a tanto dolore. Nello stesso quartiere e negli stessi giorni sono invece morti Papia Johanino di anni cinquanta, "mastro muratore", insieme a sua moglie di anni trenta e una figlia di quattordici. Ma la peste non si era stancata per così poco e infatti, percorsa una breve distanza, era entrata anche nella casa modesta di Jacobo di Joha, ponendo termine all'esistenza del capofamiglia di anni cinquanta, a quella della moglie di anni trentaquattro e delle loro tre figlie di otto, undici e dodici anni. Potrei continuare per molto ancora in questo elenco di morti che in comune hanno tutti la condizione di essere stati falciati da una malattia di cui non potevano percepire altro che l'esistenza in quanto mortali e colpiti da un destino di annichilimento. Sono come gli innocenti portati via con i camion militari nella notte verso il forno crematorio di un'altra città, così lontana da quella in cui erano nati, erano vissuti e avevano amato. Davanti a tanto dolore, senza tempo e senza misura, l'anima fatica a reggere il proprio peso, a sostenere la sua condizione. Molti di noi hanno perso amici, parenti, colleghi in un modo imperscrutabile, scelti da un destino di cui pare impossibile definire alcuna ragione. Essere sopravvissuti al flagello può generare un sentimento di colpa, può farsi chiedere in base a quale logica, a quale motivo si sia stati risparmiati. Come suonano pertanto stonate, eppure inevitabili, le parole di quanti si preoccupano del disastro economico oltre che umano che occorrerà superare. Molti preferiranno dimenticare perché "la vita vince sempre", perché bisogna andare avanti, perché ogni persona che calpesti ancora il suolo di questo pianeta non è in condizione di dare risposte al senso ultimo degli eventi di queste settimane. Così ci si ritrova a immaginare un domani, oppure a fare progetti, accarezzare idee di mete da raggiungere e magari paesi da visitare, figli da crescere, persone da amare, invece di essere entrati a fare parte del numero dei morti da Covid-19. No, la peste non muore mai. Non muoiono le epidemie, non scompare la logica che non è logica che le promuove, che non pone alcun riguardo alle giustificazioni di chi ne viene colpito. Delle tante cose che possiamo avere appreso da questa sciagura una delle più importanti consiste nella rinnovata consapevolezza della fragilità della condizione umana. Tuttavia nemmeno la felicità momentanea di essere sopravvissuti e l'aver preso coscienza di una parte consistente del dolore del prossimo può servire a molto. Occorre cambiare perché tutto questo dolore non sia stato vano, perché la fine di tante persone innocenti acquisti un senso e una dignità che le è stata spesso negata dall'omologazione nelle notizie ufficiali, dalla mancata celebrazione delle esequie, dal non essere state inserite nemmeno nelle statistiche perché morte, queste persone, senza nemmeno l'utilizzo di un test diagnostico!

Ormai il meccanismo da cui è scaturito il disastro lombardo e quello di altre zone del paese è chiaro. I medici che hanno disobbedito alla "legge della Tachipirina" sono dei veri eroi. Hanno infranto i protocolli dell'EBM (*Medicina Basata sull'Evidenza*) e la gabbia diagnostica e prescrittiva in cui erano stati calati per anni dagli "esperti" e dalla burocrazia. Hanno cercato comunque di curare i loro pazienti a domicilio, in attesa di regole certe e in presenza invece di direttive incerte o assenti. Lo hanno fatto leggendo la letteratura scientifica, per lo più non in lingua italiana, che

suggeriva di utilizzare dei farmaci non ancora approvati dagli organi di controllo nazionali e ritenuti comunque utili, anche se non risolutivi, per la cura del Covid-19.

Avrebbero dovuto accontentarsi, almeno nelle prime settimane di sviluppo del contagio e dei suoi drammatici effetti, di attendere un aggravamento delle condizioni dei loro assistiti, per poi richiederne il ricovero e questo senza che in moltissimi casi venisse fatto a domicilio un minimo di esame diagnostico immunologico o un tampone?

Tanti Colleghi, quasi tutti medici di famiglia, che hanno onorato in tal modo la loro professione, si sono interfacciati tra di loro e hanno elaborato dei protocolli di intervento farmacologico domiciliare non attenendosi alle raccomandazioni iniziali degli “esperti” e del Ministero. Spero che per il futuro si troverà la forza per ridiscutere il sistema e le sue assurdità, comprese le lentezze decisionali, oltre che la mancanza di una visione strategica in un’epidemia di questa portata che suggerisce l’assenza di una conoscenza del passato, un dato indispensabile di cui tenere conto oltre la sapienza scientifica del presente. Queste cose le scrivo da tempo, ma è solo attraverso un grande movimento culturale ed etico che si potrà cambiare. Occorre un ricambio profondo, in Lombardia per prima cosa e anche in tante altre realtà regionali e nazionali, sia nella politica che nella qualità dei quadri direttivi, spesso lottizzati dalla fazione egemone di turno. Onore pertanto a tutti questi bravi e coraggiosi Colleghi che hanno cercato di aiutare i loro malati per prima cosa, oltrepassando in scienza e coscienza ciò che veniva loro chiesto.

La peste non muore mai, non cambia mai. Tuttavia possono cambiare gli uomini. Un lavoro comparso sulla importante rivista scientifica Nature nell’anno 2011 ha mostrato come il genoma del bacillo della peste non sia cambiato sostanzialmente dai tempi della Morte nera, tra il 1347 e il 1353 e l’oggi. Le epidemie sono infatti per prima cosa fenomeni umani e gli esseri umani mutano insieme ai flagelli con cui si confrontano. Apprendono e modificano la loro cultura, le loro abitudini, il modo di interpretare la realtà che si stende davanti ai loro occhi. Il bacillo della Peste è rimasto sostanzialmente identico nel suo codice genetico. Sono gli uomini che sono mutati. Il Coronavirus non è il primo e non sarà l’ultimo dei flagelli. Va affrontato con la ragione e la solidarietà. Passerà anche lui, grazie alla medicina, all’intelligenza e soprattutto alla compassione, il più nobile di tutti i sentimenti umani.

Prof. Federico E. Perozziello

(Medico Pneumologo – Storico - Scrittore)

<http://www.filosofia-medicina.net>

❖ LA MEDICINA

*“per trattar del ben ch'i' vi trovai,
dirò de l'altre cose ch'i' v'ho scorte”*

(Dante Alighieri La Divina commedia
Inferno canto I Vv 8-9,)



https://www.repubblica.it/politica/2020/06/03/news/quirinale_i_57_nuovi_cavalieri_del_lavoro_che_hanno_combattuto_il_coronavirus-258327063/

Il futuro è ancora possibile.

Per esserne artefici è utile cambiare alcune regole ... non solo per quanto riguarda mascherine, guanti e posti a sedere sugli autobus. Chi si è occupato delle rivoluzioni scientifiche nella storia (1) ha espresso efficacemente il tempo delle "svolte" con l'affermazione: "cambio di paradigma".

Stiamo vivendo e vivremo una di queste fasi.

Nel nostro piccolo, iniziamo a gettare lo sguardo "*oltre il virus*" partendo da qualche riflessione sanitaria. Altre ne seguiranno.

(1) (Thomas Samuel Kuhn. Structure of Scientific Revolutions, 1962)

1. ***“Caro Collega ti scrivo perché non so che cosa fare”*** Scritto dai medici ed infermieri

Pensiamo che in Italia durante l'epidemia si sia verificato (tra gli altri) un evento eccezionale: la condivisione delle esperienze, dei dubbi (molti), delle paure di 100.400 medici ed infermieri che si sono confrontati e confessati in una chat su FB.

https://www.facebook.com/groups/388034034596539/post_tags/?post_tag_id=2886447724755145

Riteniamo che sia stata una tra le prime esperienze mondiali di tale portata. Il “Social”, questa volta, ha salvato molte vite. Ne siamo certi. Un ringraziamento particolare va all'organizzatore: Dott. Camillo Grande, Chirurgo a Roma

Di norma gli operatori sanitari si incontravano in convegni, in meeting spesso sempre più specialistici, per confrontarsi sulle ultime particolari acquisizioni delle discipline, impiegando spesso acronimi criptici ed ignoti a medici di altre branche sanitarie.

Qui è avvenuto il contrario. Dal medico di medicina, generale allo specialista in chirurgia, con il contributo di ricercatori, di biologi, di geriatri, di pediatri ma anche di psicologi, di psichiatri e neuropsichiatri ecc. Tutti a confrontarsi con un unico tema: *“Come affrontare il nuovo virus? Come riconoscerlo? Come trattare i pazienti in assenza di protocolli, linee guida consolidate?”* Ma anche: *“Come far fronte alle nostre paure?”*.

Speriamo di aver fornito con la raccolta antologica che segue, la dimensione del fenomeno (professionale ed umano) riguardante, lo ripetiamo, centomila professionisti (!) Ricordiamo che le testimonianze qui raccolte sono solo un piccolo esempio di quanto è successo nella Cittadella (Cronin) medica nei mesi Febbraio-Maggio 2020.

Lasciamo ad ognuno immaginare questi sanitari che, nel silenzio della propria cameretta o del proprio ospedale, confessavano con umiltà la propria disperata ignoranza ai Colleghi o la propria umana angoscia. I casi suscitano ammirazione ed empatia. Il desiderio di ognuno di loro era (ed è), in ogni caso, di venirne a capo in tutti i modi.

Loro non sono andati in TV, non sono stati intervistati dai giornalisti: hanno lavorato e sofferto.

(M.B.)

Testimonianze.

Alfredo Borghi, medico di medicina generale, Lombardia.

Nella mia pratica clinica ambulatoriale di MMG ho notato a gennaio e febbraio un numero considerevole di Bronchiti Febrili a volte associate ad addensamenti polmonari di tipo flogistico.

Qui in Lombardia per molti giorni l'aria era al limite del respirabile per assenza di precipitazioni e aumento polveri sottili...in parte si dava un po' la colpa "al tempo".

Ho eseguito come parecchi Colleghi circa 220 vaccinazioni antinfluenzali 15 Pneumo 23 e altrettanti Prevenar 13.

Ho notato che i pazienti vaccinati hanno risposto molto bene.

Infatti fra gli accessi in ambulatorio per le patologie sopra menzionate ne ho visti ben pochi.

Mi chiedevo se è possibile incrociare i nominativi dei vaccinati che noi abbiamo inserito nel server delle Ats con quelli positivi al Covid 19 per capire se la vaccinazione antinfluenzale abbia dato una copertura seppur minima verso il Covid 19.

Notando purtroppo la percentuale dei positivi per età si direbbe di no.

Un incrocio dati non costerebbe nulla e potrebbe...forse ...per i ricercatori essere utile

Che ne pensate?

La vostra esperienza clinica è stata simile alla mia o diversa?

Qualcuno ha già dei dati in mano - relazione vaccino antinfluenzale e Covid19?

Grazie Alfredo

Monica Pina Medico medicina generale (29 febb 2020)

Qualcuno in questo gruppo fa rianimazione? Gira la voce da noi che i casi in terapia intensiva in Italia sono più gravi che in Cina.

Patrizia Micheli Medico di Pronto soccorso

Ma secondo voi è veramente possibile contrarre l'infezione tramite un oggetto contaminato dal virus perché toccato da un infetto?

Può un oggetto a meno che non sia un tubo endotracheale usato su un malato Covid-19, possedere una tale carica virale da essere in grado di trasmettere l'infezione?

Grazie ai colleghi virologi, infettivologi per la risposta.

Emidio Troiani MMG San Marino.

Da alcune settimane a San Marino (33.000 abitanti e circa 6000 lavoratori frontalieri) abbiamo attuato uno screening di massa su tutti lavoratori ASINTOMATICI mediante esame sierologico seguito da tampone qualora sierologico positivo. Oggi hanno reso pubblici i risultati dell'ultimo mese, a mio avviso estremamente interessanti. Abbiamo scovato ed isolato circa 30 asintomatici con tampone positivo. Screening sulla popolazione. 3.151 i lavoratori testati dallo scorso 4 maggio, di cui 1.311 frontalieri residenti in Italia. Sono 99 coloro risultati positivi al test sierologico, pari al 3,14% e 29 quelli poi risultati positivi al tampone (di cui 16 frontalieri).

MM. Pesaro.

Sono un medico di base della provincia di Pesaro Urbino scampato alla polmonite da coronavirus dopo 53 giorni di ospedale e oltre il 70% ha di compromissione polmonare, vorrei chiedere agli pneumologi. sentite anche le ultime notizie, ma non sono nuove, che in una percentuale del 30% circa i polmoni non torneranno più com'erano prima. senza considerare gli eventuali danni cerebrali e cardiaci come collaterali (e non è poco), non sarebbe opportuno creare un ambulatorio pneumologico dedicato per seguire i post Covid anche dal punto di vista funzionale dell'attività respiratoria (spirometria-test del cammino) ecc.? Grazie

Rita Villani, MMG di Modena.

Buongiorno a tutti e chiedo un vostro parere. Donna di 72 anni, si è fatta un Covid da manuale, febbre da 37.5 a 38.5 per 1 settimana, tosse modesta a volte secca a volte produttiva, astenia profonda, diarrea vomito inappetenza congiuntivite però niente dispnea tachipnea e desaturazione (il marito, medico, mi ha dato una grossa mano nel controllo a distanza). Esordio ai primi di marzo, a metà del decorso azitromicina, eseguito tampone il 16 marzo, positivo. Nessun trattamento ulteriore vista la clinica in buona evoluzione, praticamente stava già bene a parte l'astenia che già da diversi giorni è sparita. Fatti altri 2 tamponi di controllo, l'ultimo ieri, ancora positivi.... Inutile dire che la signora è psicologicamente provatissima, per la positività e per il prolungarsi della quarantena ormai da 1 mese e più. Vi chiedo, e so che è una domanda stupida: c'è qualcosa che posso fare per lei, dal punto di vista farmacologico (oltre che darle eventualmente un antidepressivo?...) Grazie

Rita Meschino, psichiatra. Aosta.

Scrissi tempo fa sul gruppo un po' disperata in quanto timorosa di essere Covid positiva. Ho tenuto duro, non ho fatto il tampone (qui è molto difficoltoso, ma farò i sierologici

giovedì in Ospedale) ma i sintomi persistevano(spossatezza estrema, nausea, dispnea da sforzo, faticabilità, febbriattola). Stamane ho preso il toro per le corna. Io oltre ad avere un PM ho il Morbo di Bechet. Mi hanno telefonato subito dal laboratorio: Hb: 7! Ferro: 1. PCR: 38. GB: 17.000. Trasfondono domani. E' proprio vero che la paura del Covid porta a sottovalutare le altre patologie di cui sei portatore. Io misuravo ossessivamente la saturazione ma non desaturavo. Ma la dispnea era terribile. Bene ragazzi. Vi terrò informati. Anche sui sierologici. Non ci sarebbe da stupirsi che io abbia fatto anche Covid. Domani 2 sacche e Ferro. Per il resto sono uno straccio. Buon lavoro a tutti e sempre avanti a tutta forza. Un abbraccio virtuale ai miei colleghi in prima linea.

Cardiologa Viterbo.

Buongiorno, Avete avuto casi con disosmia invece che anosmia? Da qualche tempo io stessa percepisco odori diversi e sapori diversi. Non ho altri sintomi direi. Ma non mi spiego cosa mi succede.

Grazie.

Luigi Colangelo oculista, Salerno.

Oggi ho ricevuto richiesta di fondo oculare urgente, da parte di un neurologo per una paziente di 34 anni in terapia con Eutirox per ipotiroidismo (ultimo controllo endocrinologico febbraio 2020 negativo).

Lamenta da marzo cefalea con caratteristiche tensive.

Il neurologo, oltre al fondo oculare ha richiesto RMN per sospetto pseudotumor cerebri. Alla visita oculistica non è risultato nulla, fondo oculare nella norma, praticato anche campo visivo e tomografia del nervo ottico, normali.

All'anamnesi però, risulta che la ragazza lavora in un ristorante a Londra ed è tornata ad aprile in Italia, ha praticato quarantena ma nessun tampone e riferisce di aver avuto per un periodo anosmia. Attualmente solo cefalea ed astenia.

Mavi Carlin, psichiatra Parigi

Buongiorno cari/e colleghi/e, messaggio rivolto soprattutto agli/le specialisti/e in cardiologia e cardiocirurgia. A questo stadio di conoscenza del Covid-19, considerate un uomo di 46 anni, normopeso, sportivo, portatore di valvola aortica meccanica St Jude e quindi con terapia anticoagulante, iperteso ben controllato, come persona a rischio? Questo "paziente" è il mio compagno e vorrei capire fino a che punto posso spingere la mia paranoia nella fase 2 ;-). In fase 1 siamo stati degli eremiti. Grazie,

Savino Derosa AR Bari

Buongiorno a tutti. Mi rivolgo in particolar modo a neuropsichiatri infantili e psicologi nel gruppo. Come consigliate di gestire l'ansia dei piccoli in questo periodo di limitazioni?

Il mio per esempio somatizza con mal di pancia e rifiuto del cibo. Avete anche voi gli stessi problemi?

Amarilli Boccone Immunologa clinica.

Siamo sempre stati in ritardo e siamo ancora in ritardo...altro che come qualcuno ha detto: siamo pronti a tutto in Italia (era i primi di febbraio)!

Questo è un virus contagiato con aerosol respiratorio, tosse e starnuti (contagio diretto) e poi contaminazione delle superfici (contagio indiretto). Bastava guardare cos'hanno fatto i cinesi: mascherine a tutti, sanificazione dei luoghi pubblici e privati, isolamento controllato extradomiciliare, distanziamento sociale, potenziamento delle strutture sanitarie e del personale, chiusura di quasi tutto tranne l'essenziale e contenimento della popolazione con l'esercito. lo hanno fatto a 500 contagi. Noi speriamo di battere il virus solo con il distanziamento sociale e con il lavarsi le mani a più non posso. Praticamente siamo ai palliativi. Immaginate un paziente, in isolamento a casa, la marea di errori umani di contagio che può compiere. Poi magari la moglie o il marito esce per andare a lavoro. La vedo molto molto male. Stiamo ancora discutendo se la mascherina possa o meno servire.....Non parliamo di tutto il resto..... Non credo che la questione la risolveremo a breve. Spero solo che prima o poi arrivi un farmaco mirato o un vaccino efficace. Se non attuiamo tutti i punti per il contenimento della pandemia che ho citato il picco lo vedremo il 31 dicembre del 2020.

Federico Cattin, chirurgo generale Rimini.

Scrivo per chiedere il parere di questo gruppo in quanto mi sembra in assoluto il più affidabile, sperando di non distogliere troppo dall'attività lavorativa. Vi presento la mia storia clinica. Un mese fa, il 19 febbraio, due giorni prima della comparsa del primo caso Covid conclamato a Codogno, ho avuto un improvviso violento accesso febbrile fino a 39, tale da costringermi ad interrompere il lavoro e tornare a casa. Tale febbre non è stata associata ad alcun sintomo respiratorio e si è risolta al termine del giorno successivo senza ulteriori sequele. Ciò che però mi ha colpito è il fatto che a partire da circa cinque giorni prima e per tutta la settimana successiva all'evento ho avuto una forte disgeusia: qualsiasi cosa mangiassi, e al mattino anche a stomaco vuoto, percepivo in bocca un forte e persistente sapore simile al sapone.

Come dato anamnestico, la settimana precedente ero stato in villeggiatura in Alto Adige in un grande hotel affollato da ospiti provenienti da tutta Europa, e mia figlia di 5 anni aveva stretto amicizia con una coetanea proveniente da Pavia. Inoltre, la settimana successiva alla mia malattia, mia moglie, che in genere gode di ottima salute, ha avuto un accesso febbrile fino a 38.5, in assenza di ulteriori sintomi, ma, visitata e sottoposta a Rx torace, le è stato

diagnosticato un focolaio pneumonico basale sinistro, all'epoca trattato con Azitromicina e successivamente risolto. I miei figli (3 e 5 anni) sono stati sempre asintomatici. Ritenete sia possibile che si sia trattato di Covid? Grazie per l'attenzione.

Manrico Guerra Parma MMG

Bergamo è senza dubbio la città più colpita. Ma provate a pensare.. 44500 spettatori di cui 35000 da Bergamo. Urla, insulti, applausi, abbracci. E' il 19 di febbraio, pochi giorni prima che scoppiasse l'emergenza. Si ritorna a Bergamo, i così pure come a Valencia. Il grosso parte tutto da lì. Opinione personale.

Laura Robustelli- medico internista Varese.

Un parere: mio marito, 36 anni, fisioterapista in RSA con ADI (¹). In anamnesi spondiloartrite sieronegativa.

Dal 26 marzo 10 giorni di febbre (max. 37.7) e sensazione di vago fastidio faringeo. Asintomatico dal 5 aprile. Mai eseguito tampone di conferma perché "ai sanitari sintomatici non lo facciamo, ne eseguirà due solo prima del rientro al lavoro". I nostri bimbi di 9 mesi e 3 anni hanno avuto solo qualche giorno di febbre. Io una strana sintomatologia con vertigini, nausea e extrasistolia sintomatica durata circa 20 giorni, ora in risoluzione (può essere tutto o niente). In ogni caso noi siamo rimasti isolati dal 26 marzo (per fortuna sono ancora in maternità).

Lunedì e martedì mio marito ha finalmente eseguito i tamponi per rientrare al lavoro (in attesa di esito).

Da ieri comparsa di lesioni al tronco, alle braccia e ad una coscia. Sono una quindicina, leggermente rilevate, desquamanti, max. 1 cm. Potrebbero essere lesioni tardive da Covid, non c'entrano nulla? Chiedo un parere ai più esperti.

Grazie

Giorgia Gigli, medico di medicina generale.

Scusate, chiedo un vostro parere. Una mia paziente 12enne, risultata positiva a tampone o/f per sars-cov-2 (madre positiva e nonno positivo recentemente ricoverato per Covid19) è apiretica e asintomatica per patologia respiratoria. Non alterazioni dell'alvo, appetito conservato. Da tre giorni lamenta dolore lieve al ginocchio dx con lieve aspetto di versamento intrarticolare. Ci può essere una correlazione? Al momento, vista la positività al tampone, sto trattando a domicilio con sintomatici ma con scarsa efficacia. Grazie a chi mi vorrà rispondere. Giorgia Gigli

¹ Assistenza domiciliare integrata

Chiara Riccomini medico di medicina generale Veneto

Post un po' lungo... Scrivo per confrontarmi su un caso che non so come affrontare. Pz di 66 anni, convivente di Covid+. Iperteso, BPCO². Paziente ansioso.

La moglie risulta positiva il 24/3, con polmonite alla Rx. Lui all'inizio non accusa sintomi, fino all'incirca al 10 aprile il cui inizia ad avere tosse (riferita diversa dalla solita), lo visito: saturazione ok, anche al cammino, fa 5 giorni di zitromax durante i quali lamenta secchezza mucosa orale e nasale. Poi per dispnea soggettiva e comparsa di febbre si reca in PS, rx mostra sfumato addensamento bilaterale, PCR lievemente mossa, fa tampone, Plaquenil e inizia di nuovo azitromicina, 1/2 al giorno per 9 giorni.

Dopo 3 giorni controllo in PS, all'eco qualche linea B. Tampone risulta negativo e in PS consigliano perciò di sospendere Plaquenil (sostengono sia polmonite batterica) e continuare solo azitromicina. Soggettivamente va meglio, siamo al 20 aprile.

27 aprile controllo rx: no lesioni pleuro-polmonari.

Al momento asintomatico per febbre, tosse o dispnea.

Il problema è che continua a lamentare importante secchezza della mucosa orale (con scarsa salivazione) e nasale, iniziata durante azitromicina circa un mese fa, poi migliorata e adesso peggiorata, associato a linfadenopatia cervicale. Ha anche secchezza oculare e mi riferisce di avere spesso mani e labbra secche. Si idrata normalmente. Alla visita linfonodi palapabili. Ho chiesto eco collo: ghiandole salivari nella norma, LN reattivi (il maggiore 20 mm). Agli esami PCR ancora un po' mossa, d-dimero 624 (vn fino a 500).Ldh, ferritina, emocromo ok.

Vi risultano reazioni avverse simili da azitromicina (ha fatto 500 die x 5 gg + 250 die x 9 gg)? Può essere per il virus stesso, da cui non è guarito? Devo pensare ad altro? Sjogren? È la sua ansia? Quali altri esami o consulenze posso chiedere? Indaghereste quel d-dimero?È un paziente insistente, non so più come fare.

Elisabetta Canitano Ginecologa

Scusate chiedo per me. In clausura dall'8 marzo, solo spesa al supermercato. Il 28 aprile faringodinia due giorni, poi cefalea e diarrea, febbre 37,5 un giorno solo. Niente tosse mai. Poi quattro giorni bene, poi improvvisa mialgia arti inferiori con difficoltà a dormire dal dolore, e deambulazione difficile anche se possibile. Senso di stanchezza alle gambe, niente solita ginnastica, gambe di marmo, tendente al miglioramento ma non alla risoluzione, sempre così sto. Il primo giorno ho preso due celebrex (ogni 12 ore) senza nessun miglioramento, poi più niente. Si accettano suggerimenti di qualsiasi tipo.

² Broncopneumopatia cronica ostruttiva

Simonetta Di Cristofaro MMG Teramo

Buongiorno un parere per una pz Covid pos :febbriola lieve dispnea ma prurito intenso resistente a terapia cortisonica ed antistaminica(provato tutto)... Ricoverata sottoposta a terapia eparina azitro Idrossiclorochina, dimessa dopo 10 giorni siamo al quarto tampone : pos prurito non la lascia che fareste?

Grazie 🙏

Maddalena Spada mmg varese

Urge un consiglio ...pz. di 48 aa con febbre sopra i 38 e mezzo da due giorni operatore sanitario di una comunità di disabili psichici Quasi tutti positivi al tampone Ma a lui non è ancora stato effettuato. Sono partita subito con Clexane, plaquenil e deltacortene 25 mg da oggi è comparsa tosse dolore interscapolare ma quello che mi ha sorpreso sono le alterazioni del Visus Nel senso che dice di vedere sfocato da lontano cosa che prima non aveva. la saturazione buona anche dopo il walking test La domanda è qual è la vostra esperienza con i disturbi del Visus e se è un criterio di ospedalizzazione. Grazie

Barbara Presciuttini Medicina Interna, Mantova

Cari Colleghi,

Potremmo cominciare a parlare anche delle conseguenze di Covid19.

Ora in Medicina Interna a Mantova ho due persone di 65-70 anni che prima stavano bene. Hanno avuto Covid a inizio marzo (le avevamo seguite nel nostro reparto). Ora uno è rientrato in ospedale per scompenso cardiaco in cardiopatia ipocinetica non nota e l'altro ha insufficienza epatica.

Cosa ne pensate?

Pochi gg. dopo la Collega integra:

Barbara Presciuttini Ringrazio tutti per la collaborazione ed il proficuo scambio di idee.

La persona cardiopatica ha coronarografia negativa, attendiamo RM cuore.

L'epatopatico è stato trasferito. Purtroppo, dopo 2 nostri tamponi nasali negativi, chi l'ha ricevuto ne ha fatto un altro che è risultato positivo!!!?!! A distanza di 2 mesi da Covid e senza sintomi respiratori.

Daniela Di Sarra medico Endocrinologo/internista Verona

Approfitto di questo gruppo per chiedere una cosa personale. Ho mia sorella che vive a Bologna e da ieri ha febbriola, dolori muscolari e diarrea con scariche frequenti. In era

pre-Covid avremmo sicuramente parlato di una banale enterite punto ma ora ovviamente ci si drizzano le antenne. Ai colleghi MMG che lavorano a Bologna chiedo come è la presa in carico del paziente domiciliare sospetto COVID? In che caso viene fatto il tampone e con che modalità? Viene inviato in PS o fatto a domicilio? In un caso come questo se contattato il MMG viene fatto oppure no? Sono un po' preoccupata. Io vivo a Verona e non posso aiutarla. Grazie in anticipo

Luisa De Sanctis Nefrologa Asl Lanciano-Vasto-Chieti

Medico con diagnosi di Covid, trattato con azitromicina e plaquenil.

Cosa fare in caso di due tamponi negativi a distanza di 5 giorni l'uno dall'altro ma con persistenza dei sintomi quali febbre pomeridiana (TC massima 37/37.2) e sporadici episodi di tosse stizzosa?

Dalla diagnosi sono passati 45 giorni.

Elena Dionigi Medicina Interna, Milano

Paziente con polmonite interstiziale covid19, lieve. Mai necessità di supporto di ossigeno. Trattata con EBPM in dose profilattica (tutt'ora in corso dopo circa tre settimane), e ciclo di HCLQ.

Tampone negativizzato, ma sottoposta a TAC torace+addome con mdc per comparsa di epigastralgia resistente ai farmaci: la TAC segnala "microembolia polmonare periferica bilaterale".

XDP ed esami ematochimici nella norma eccetto ipertransaminasemia moderata.

Per quanto proseguirete la terapia con anticoagulanti?

vista la normalità degli xdp (peraltro anche durante il periodo di malattia sintomatica) si potrebbe sospendere nonostante il dato radiologico?

Proseguiamo per quanto tempo? E in caso EBPM o passiamo a terapia per os?

Ci sono evidenze di qualche tipo sul trattamento della cosiddetta microembolia polmonare?

Grazie

Sonia Usai. Neuropsichiatra Infantile (emigrata in Veneto ma Sarda nel cuore)

Visto che, come ha scritto qui un collega, in questa situazione mi sento come una forchetta per il brodo, provo a dare un piccolo contributo ai colleghi che hanno bambini piccoli ❤️

vi metto il link della Sinpia su come spiegare questa situazione ai vostri bambini, Usate le videochiamate e leggete delle brevi favole con immagini, oppure dotatevi di giochi amati (dinosauri, bamboline ecc)da mostrare ai vostri bambini così catturate La loro attenzione..

non è Facile fare una video chiamata con i bimbi, il giocattolo è il nostro filo per il cuore..

Coraggio! I bimbi sono la nostra forza

Roberta Sergi, psicologa

Buonasera a tutti, alleghiamo un elenco (in via di ulteriore integrazione) di circa 200 tra psicologi/psichiatri/psicoterapeuti/specializzandi che si sono resi disponibili per fornire un piccolo supporto psicologico via Skype/Facetime/Whatsapp Video/Facebook GRATUITO a chiunque dei nostri colleghi impegnati nelle zone rosse d'Italia (e non solo) ne sentisse il bisogno. Accanto ad ogni nome potete trovare l'indirizzo email e/o il telefono per contattarlo.

con questo link potete aggiungere altri nomi (attenzione a non eliminarne altri per sbaglio perché essendo un file condiviso si lavora più persone in contemporanea sullo stesso file).

<https://docs.google.com/.../1rjArdmgsxd8MxGjTLHEbMTr3zJ.../edit...>

Ringrazio Chiara Bernardi e Anna Antonia Blando per avermi coinvolto in questa iniziativa che reputiamo importante e tutti i colleghi che si sono resi disponibili e che hanno trovato specialisti disponibili.

Vi ringrazio e chiedo agli amministratori della pagina, se possibile, di mettere questo post in evidenza così che sia accessibile e ben visibile sempre. Grazie. Insieme ce la facciamo.

Walter Guerriero cardiologo Bari.

Ho un parente stretto, maschio 52enne, residente a Milano zona Stazione Centrale, da una settimana malato. Dapprima tosse, poi febbricola, da due giorni solo febbre alta fino a 39.8° nonostante Tachipirina e Azitromicina prescritti dal curante. Ieri intervenuto il 118, allertato dal curante, che ha fatto saturimetria (93%) e consigliato accesso in P.S. Di tamponare a domicilio neanche parlarne. Il mio parente decide, contro mio parere, di rimanere cmq a domicilio. Fermo restando che non posso gestire a distanza il paziente (avrei iniziato almeno antimalarico...), chiedo al gruppo come fare per far arrivare un saturimetro a questo mio parente, dato che non se ne trovano da acquistare. Eternamente grato a chi potrà aiutarmi.

A seguito di nuovo accesso del 118 e riscontro di saturimetro 90%, il paziente è stato ricoverato ieri 02/04 presso la Clinica Città Studi S. Rita. La diagnosi a tutt'ora non è stata confermata, per cui si parla di sospetto Covid-19. Sarebbero stati riscontrati segni di polmonite all'Rx torace, ma si aspetta l'esito del tampone. Chiedo se nel gruppo c'è qualche medico che presta servizio in tale struttura se può contattarmi privatamente per tenermi aggiornato sulle condizioni del paziente e la strategia terapeutica adottata, al solo fine informativo personale.

Monica Imi Medicina Interna e Salute Pubblica, bergamasca in Uganda.

C'è una disposizione che richiede ai cittadini italiani che sono fuori regione da prima del lock down di tornare al comune di residenza? Un parente anziano originario di Milano si trova in località sciistica in Valle d'Aosta, e ha avuto infortunio con frattura del polso. È stato trattato in urgenza, ma gli è stato detto che se si ripresenta non verrà trattato, deve tornare al comune di residenza. Che sarebbe Milano... sic!

Giorgio Nicolanti primario Ginecologia ospedale Belcolle Viterbo

Fate girare questa fondamentale nota operativa soprattutto per i colleghi ospedalieri:

Buongiorno a tutti. Vorrei condividere alcune informazioni utili sintetizzate da una collega che ha assistito ad una lezione fatta dal Dr Stefano Paglia, direttore del PS di Lodi, che in collaborazione con i colleghi cinesi, è riuscito a stratificare i pazienti COVID19 + in 5 diversi fenotipi, ai quali corrisponde una diversa gestione terapeutica:

Fenotipo 1: paziente con febbre che non presenta necessariamente sintomi respiratori, non è presente ipossia all'EGA arteriosa e l'RX del torace è negativo. In questo paziente si effettua il tampone solo se è considerato a rischio di un precedente contatto. Questo paziente è DIMISSIBILE in sicurezza se effettuando un walking test (test della camminata con un saturimetro al dito, generalmente di 6 minuti) non desatura. Al loro "follow-up" non si è osservato nessun rientro in PS con outcome negativo. In questi pazienti è da sconsigliare l'ecografia del torace, perché sarà verosimilmente positivo e comunque non darà indicazione a ricovero. Si ritiene che questi rappresentino la GRAN PARTE DEI PAZIENTI.

Fenotipo 2: paziente con febbre + addensamento polmonare all'RX del torace OPPURE in presenza di ipossia ad EGA arteriosa. Il paziente è da ricoverare in area medica e va osservato, perché nelle ore successive o può andare incontro ad un deterioramento rapido oppure virare verso un sensibile miglioramento. Il paziente NON È DIMISSIBILE. Questi pazienti sono circa 20 volte più frequenti rispetto a quelli che finiscono in rianimazione.

Fenotipo 3: Ipossia franca all'EGA arteriosa, febbre ed addensamenti multipli all'RX torace. Il paziente è responsivo ad O₂ terapia a 15 l/min. (cioè con SpO₂ > 90 mmHg con O₂), e necessita di ricovero in area sub-intensiva.

Fenotipo 4: quadro di pre-ARDS (sindrome da distress respiratorio) che necessita di C-PAP (ventilazione continua a pressione positiva) per ottenere livelli accettabili di P/F (rapporto tra la pressione di ossigeno ed il flusso di ossigeno con valori normali >350).

Fenotipo 5: ARDS conclamata, tipica dei maschi tra 35 e 70 anni che arrivano con valori di pO₂ anche di 35-40 mmHg, apparentemente in condizioni meno gravi di quello che mostrano i dati. In questo caso l'ecografia polmonare può fare la differenza, distinguendo i pazienti con sindrome interstiziale "wet" (bagnato), cioè solo linee B ed uno sliding conservato dai pazienti "dry" (secco) con una sindrome interstiziale composta da multipli

consolidamenti sub-pleurici e sliding ridotto. Nel primo caso è auspicabile un tentativo con C-PAP, mentre nel secondo è mandatoria l'intubazione precoce.

Caratteristica comune ai pazienti COVID19+ è la leucopenia, associata ad alcalosi respiratoria all'EGA arteriosa, con consolidamenti polmonari multipli all'RX del torace. La TC non è fondamentale ed è rischiosa in quanto necessita di continui trasporti di pazienti in altri reparti.

Caratteristica comune osservata negli ospedali maggiormente coinvolti è che si assiste ad una fase pre epidemica di circa una settimana con alcuni casi quotidiani/sporadici alla quale segue la vera fase epidemica in cui i pazienti arrivano in due ondate, una intorno a mezzogiorno ed una intorno alle 20.

STATE A CASA

Giulia Cristofalo Anestesista rianimatore Palermo

Pediatri vi prego esprimetevi sull'uso dei DPI per i bambini, fatelo in modo ufficiale, cercate dei canali per arrivare alle TV, al governo, pensateci seriamente...Leggo post di genitori affannati alla ricerca di mega visiere accumulatrici di CO2 per i bimbi piccoli, mascherine per tutte le età, altrettanto dannose se corrono e giocano, guanti per bambini, il peggio di peggio. Aiutate le persone a comprendere. La gente ha bisogno di messaggi chiari e perentori su questi argomenti!!!! Povere creature.

Giuseppe Provenzano Pediatra di famiglia - Alcamo

Mi ha telefonato poco fa la mamma di miei pazienti perché non riesce a contattare il suo MMG e mi dice che da due ore accusa brividi scuotenti, parestesie diffuse a tutto il corpo, disgeusia importante (sente un forte sapore aspro, come da limone), dita delle mani arrossate e lievemente iperemiche e sudate, temperatura nella norma, pressione arteriosa non rilevata. Nessun altro disturbo riferito. A parte quanto sopra riportato dice di stare bene. Nega assunzione di farmaci. Cosa pensare?

Francesca de Luca Anestesista.Taormina

Scusate avevo bisogno di un consiglio se nel gruppo ci sono pediatri ma un quesito forse banale: avevo iniziato a gennaio i vaccini sui miei figli (10 e 13 anni) per il meningococco B.

Avevo il richiamo ad aprile e poi a luglio. Cosa ne pensate continuo il piano vaccinale? In questo contesto è più favorevole bo controproducente stimolare il sistema immunitario?

Io purtroppo quando si tratta dei miei figli non riesco ad essere obiettiva. GRAZIE

Mondo Dunia Pediatria

Sindrome poli infiammatoria tipo Kawasaki in aumento in UK nelle ultime sett, Forse in relazione a Covid, 50% positivi. Tutti in TI, Un morto per arresto. Mi era sembrato di capire Che in Italia non ci fossero stati casi pediatrici gravi. Dato Che siete cmq in anticipo rispetto a UK Potreste per favore dirmi se ciò si sia già riscontrato in Italia e se la correlazione con Covid sia stata accertata. Grazie colleghi. DI Pediatra UK

Letizia Mansutti
10 marzo · Oculistica
Oculista, Milano

Buongiorno colleghi, mi sembra quasi di essere frivola in questa emergenza, ma gradirei moltissimo conoscere da chi è impegnato sul campo, se avete visto casi di congiuntivite. Per noi oculisti è abbastanza importante capire quanto gli occhi possano essere infetti. Non dimentichiamo che la malattia è stata identificata proprio proprio grazie ad un oftalmologo cinese (che poi è stato colpito a sua volta ed è morto).

La letteratura dice che è tipica la triade: tosse-febbre-congiuntivite. Ho sentito di 2 casi allo Spallanzani di Roma positivi al coronavirus con congiuntivite isolata, in assenza di altri sintomi. Un lavoro conferma la presenza del virus nelle lacrime di 1 caso su 30 malati senza congiuntivite (Xia J, et al. *J Med Virol*. 2020;doi:10.1002/jmv.25725), il che dimostrerebbe che, se asintomatici dal punto di vista oculare, toccarsi gli occhi sarebbe relativamente sicuro.

La vostra esperienza? Grazie mille



Tiziana Cotti MMG

Buongiorno a tutti. Domanda rivolta soprattutto a Pediatri.

Avete assistito ad un incremento anche da noi in Italia di malattia di Kawasaki?

Già da tempo abbiamo riscontrato in bambini ed adolescenti forme lievi di vasculite interessanti soprattutto le estremità, ma il fatto che possa manifestarsi un Covid con una Kawasaki è di notevole gravità soprattutto collegata al fatto che fino a pochi giorni fa ritenevamo i piccoli abbastanza liberi da forme clinicamente complesse ...

← Coronavirus, Sars-Co... 🔍 ...

Grazie

👍 🥰 🙏 23 Commenti: 63

👍 Mi piace 💬 Commenta

Gianmarco Lombardo ha condiviso il suo primo post. Nuovo membro · 28 mag alle 18:47 · 📍

Buongiorno. Volevo condividere questa inusuale notizia con voi tutti. Gianmarco, Medico di Guardia .



OPEN.ONLINE

Trapiantati entrambi i polmoni a un 18enne, "bruciati" dal Coronavirus: positivo a marzo, ...

Diego de Angelis Pediatria, ospedale FR.

Visto che sui bambini la casistica è scarsa:

Bambina di 3 anni giunta ieri notte per episodio di convulsione febbrile e vomito, temperatura massima 38.4 a domicilio, eseguito tampone per Covid.

Condizioni generali buone, nulla all'esame obiettivo cardio polmonare. Faringe lievemente iperemico. In regime di osservazione breve nelle 12 ore sempre apiretica e totalmente asintomatica, salta sul letto e gioca. Alle 12 di oggi tampone per Covid refertato positivo.

Esami: 9mila bianchi con 40%linfociti pcr negativa restanti esami nella norma.

2. **“Inspirare profondamente prima della lettura”** di Rodolfo Guarnieri

(Intervista di M.Lupo)

Dottore, la Pneumologia per lei è stata una scelta o una casualità?

La mia determinazione di specializzarmi in Pneumologia è stata tanto una scelta che una casualità (o meglio è stata cagionata). Volevo esercitare la professione come Internista ma la mia asma bronchiale mi ha sempre “interessato”. Dunque, per capire e per capirmi, mi sono occupato di malattie dell'apparato respiratorio

Quando ha avuto le prime avvisaglie del Covid-19 e come si è preparato?

Ho avuto le prime informazioni, ancor prima che dalla letteratura scientifica, dalla televisione. I casi di Whuan mi hanno subito preoccupato, anche perché per me era vivo il ricordo dei precedenti relativi a Sars e Mers (ma non solo) con le loro conseguenze pneumologiche. Il dato però più drammatico l'ho vissuto vedendo nostri pazienti, ricoverati per altre patologie, improvvisamente ammalarsi a gruppi di 5-10 al giorno con progressiva ipertensione, dispnea e tutto ciò che abbiamo poi imparato.

La comunicazione con i Colleghi di altri ospedali come è stata?

Lavorando in provincia di Bergamo abbiamo tutti percepito il “virus storm” che ci stava aggredendo. Ci siamo accorti tra i primi e confrontati grazie a relazioni di amicizia con i Colleghi, prima ancora di avere informazioni istituzionali. Ed abbiamo tutti provato lo sgomento di non saper esattamente cosa fare.

Se dovesse definire con tre aggettivi la Sua esperienza al tempo del Covid19, quali impiegherebbe?

Paura. *per aver visto persone, in breve volgere di tempo, ammalarsi così gravemente.*

Rabbia *per non esser riusciti a far nulla per la prevenzione.*

Gioia *nel vedere la collaborazione di tutti gli operatori sanitari e l'abnegazione di medici, infermieri e tutti quanti hanno veramente donato se stessi in questi mesi.*

Episodi di eroismo non sono mancati ma anche qualche meschinità?

Rari episodi ma ce ne sono stati. Coloro che hanno approfittato dell'angoscia collettiva proclamando idee loro come se fossero verità e destabilizzando l'opinione pubblica. Il protagonismo di pochissimi ha offeso il lavoro di tanti.

Conflittualità “scientifiche” e mancanza di linee guida hanno avuto riverberi?

*Purtroppo questo stato di cose ha portato alla mancanza di una bussola comune per orientare diagnosi e terapia. Ha supplito un prodotto, poco coltivato nelle scuole di medicina, che si chiama: **“buon senso clinico”**. Abbiamo impiegato, come nella vecchia medicina, la scienza (ancora poca) e tanta coscienza (di cui c'è sempre un gran bisogno). Le linee guida sono state solo flebili tracce. Ognuno di noi ha forse anche omesso indicazioni (dettate da OMS) a favore di risultati*

pratici che si vedevano nell'esperienza condivisa fra tanti colleghi. I pazienti non potevano stare a casa con tachipirina, in attesa si diventare dispnoici!

Un episodio che lei non dimenticherà mai.

L'episodio più brutto. La prima volta che ho aperto la porta del reparto neocostituito Covid ed ho visto che oltre il 50% erano sottoposti a ventilazione con Cpap, vederli soffrire sotto il casco. Non avrei mai immaginato di poter assistere tanti malati contemporaneamente lottare per la vita.

In merito al giovane 18 enne recentemente sottoposto a trapianto polmonare dopo esser stato affetto da Covid-19, che cosa ci può dire?

Il giovane, in pochissimi giorni, è andato incontro a distruzione del tessuto polmonare. Guai a coloro che non dicono che questo virus può fare quello che vuole. Non abbiamo ancora capito tutto.

Che cosa racconterà ai suoi nipoti di quanto è successo in un Ospedale, come il suo, a nord della penisola, in provincia di Bergamo, nella primavera del 2020?

Pensare ogni tanto anche all'impossibile, per prepararsi a rimboccarsi sempre le maniche e sapere che ce la si può fare. Qualunque cosa possa capitare.

Che cosa c'è dietro l'angolo post COVID??

La malattia si è nascosta dopo l'attenzione e le misure poste in atto. Ma è solo nascosta Un 30% di coloro che sono guariti da questa patologia possono diventare pazienti con "pneumopatia post Covid" Dunque molta attenzione ed ora che conosciamo il virus, tanta intelligente prevenzione!

Dott. Rodolfo Guarnieri
Responsabile dell'Unità Operativa
di Malattie dell'Apparato Respiratorio e Pneumologia Riabilitativa
Ospedale Policlinico San Marco, Zingonia (Bg)
<https://www.grupposandonato.it/strutture/policlinico-san-marco>

3. *“I nemici invisibili del cuore”* di Davide Terranova

L'infezione virale tipica produce una viremia sistemica, una sorta di “pandemia” all'interno del nostro corpo e spesso uno degli obiettivi inconsapevoli è il Cuore. La manifestazione clinica dell'avvenuta infezione all'organo Cuore si chiama miocardite.

Prendiamo in esame i virus a RNA, tipicamente quello dell'influenza o il SARS-CoV2, sembrano essere proprio quelli più predisposti all'obiettivo Cuore (anche se in realtà anche altri virus a DNA, come l'Epstein Barr o Herpes, hanno questa particolare predisposizione) agendo secondo un programma prestabilito.

Cronologia dell'attacco.

Giorni 0-3

Il virus penetra attraverso le alte vie respiratorie o attraverso il tratto gastrointestinale e, aggredendo le cellule, vi penetra e si moltiplica. In questa fase iniziale il nostro sistema immunitario è, come dire, basito e non attiva immediatamente una risposta efficace o perlomeno il virus in questa fase riesce in modo perverso a sfuggire alla fase iniziale della risposta immunitaria. L'agente patogeno quindi, dicevo, si replica e successivamente esce dalla cellula, a volte con conseguente totale distruzione della stessa, a volte con danni parziali. Esce e si riversa nel circolo ematico verso altri organi bersaglio. In questa fase di avvenuta infezione e iniziale viremia, il nostro organismo si attiva sintetizzando delle molecole chiamate citochine, agenti infiammatori per eccellenza, che hanno la capacità, tra le molteplici, di attivare anche il sistema immunitario del Cuore. Il virus quindi arriva alle cellule muscolari cardiache, i cardiomiociti, utilizzando i recettori ACE 2, che fungono da sito di ancoraggio, come abbiamo avuto modo di dire.

Avvenuto il legame recettore ACE 2-COVID 19, il virus viene trasportato all'interno della cellula miocardica. Iniziano i problemi. Penetrato nel cardiomiocita, il virus influisce sulla funzione cellulare, inducendo l'esposizione cellulare di recettori che le cellule emettono per “gridare aiuto”. Si tratta di recettori cosiddetti di adesione (I-CAM) i quali hanno lo scopo di legare i macrofagi (globuli bianchi difensivi) circolanti nel flusso ematico e trascinarli all'interno della cellula con lo scopo di aggredire il virus o quello che è diventato, visto che all'interno della cellula perde, diciamo, la sua conformazione tipica.

Giorni 3-14

Inizia l'attività dei macrofagi nei confronti dell'invasione virale. Questa attività difensiva però non è esente dal produrre degli importanti effetti collaterali. Ricordo questo termine “effetto

³ Per gentile concessione dell'Autore e dell'Editore “Tecniche Nuove”. Tratto dall'omonimo capitolo del libro “I NEMICI INVISIBILI DEL CUORE: CONOSCKERLI PER DIFENDERSI” © 2020. www.tecnichenuove.com

collaterale” utilizzato talvolta cinicamente per giustificare atti criminosi di guerra contro obiettivi precisi, che però avevano avuto spiacevoli e non previste conseguenze, appunto degli “effetti collaterali”.

Gli effetti collaterali della azione, anzi re-azione, immunitaria sono principalmente rappresentati dalla produzione di una serie di molecole pro infiammatorie, un grande fuoco, che brucia tutto, virus, agenti patogeni ma ahimè non solo.

So che non dovrei, non è questo il contesto, ma davvero mi sembra opportuno citare almeno alcune di queste molecole: citochine, interleuchine, porfirine, specie reattive dell’ossigeno, fattore di necrosi tumorale, etc. In- somma una quantità notevole di agenti destabilizzanti qualsiasi equilibrio di un sistema vivente.

Giorni 14 e successivi

La risposta immunitaria aggressiva si realizza per combattere l’agente patogeno, ma nel contempo tale risposta produce una serie di danni alle cellule muscolari del Cuore: la miocardite.

Non è chiaro quale sia il meccanismo per cui gli anticorpi, detto in parole semplici, oltre ad aggredire l’agente patogeno aggrediscono anche in parte le cellule cardiache. Sembra, incredibilmente, che alcune parti del virus assomiglino a una proteina fondamentale per la vitalità e funzione dei cardiomiociti: la miosina. Tale proteina, quindi, viene erroneamente considerata una frazione virale e per questo distrutta, con la conseguente morte cellulare.

Una delle manifestazioni tipica degli agenti invisibili, virus o altro, è appunto la miocardite, che rappresenta una delle malattie con diagnosi più difficili in cardiologia. Viene riconosciuta raramente e la sua origine non è ancora completamente compresa. In linea di massima esistono due tipi di miocardite: la miocardite primaria e secondaria. La miocardite primaria, quella su descritta, sembra causata solo da agenti “invisibili” virali, ma più precisamente dalla necessaria reazione immunitaria. Altri agenti invisibili, invece, come batteri, funghi, sono strettamente correlati in modo evidente al danno del miocardio.

Dott. Davide Terranova
Medico, specialista in Cardiologia
Fondatore della Associazione Regionale
Cardiologi Ambulatoriali del Veneto.
Scrittore, web: www.davideterranova.it

4. *“Covid-19: non solo polmonite”* di Franco Rusconi

Nonostante la consapevolezza che le cose che non sappiamo riguardo a questo virus siano ancora molto più numerose di quelle che conosciamo, abbiamo comunque compreso che ci troviamo di fronte ad una malattia polimorfa, che, attraverso un meccanismo di azione subdolo rappresentato dal danno delle cellule endoteliali che ricoprono la parete vascolare, innesca una serie di eventi che, mediante lo scatenamento di una abnorme reazione infiammatoria (documentata dal marcato incremento della PCR) ed il marcato incremento della coagulabilità ematica, sono in grado di danneggiare molti organi ed apparati.

Per quanto riguarda l'apparato cardiovascolare si possono avere plurime manifestazioni: una sindrome coronarica acuta con infarto miocardico, una miocardite, una pericardite, uno scompenso cardiaco o aritmie complesse.

La modalità con cui il COVID 19 attaccherebbe le cellule miocardiche e le cellule endoteliali dei vasi passerebbe attraverso l'affinità che una proteina di superficie del COVID 19 (cosiddetta spike) presenta per il tipo 2 dell'enzima di conversione dell'angiotensina, il cosiddetto ACE 2, presente sia sulle cellule miocardiche che sulle cellule endoteliali delle pareti vascolari. **Come conseguenza si innescerebbe un fenomeno infiammatorio molto importante con liberazione di elevate quantità di citochine (la cosiddetta tempesta citochinica), provocando una vasculite acuta ed un effetto citotossico sulle cellule miocardiche.** Il danno endoteliale provoca fenomeni trombotici vascolari che possono avere come espressione clinica l'ischemia miocardica o l'infarto miocardico o aritmie cardiache anche gravi, mentre l'effetto citotossico sulle cellule miocardiche può esprimersi clinicamente con una miocardite o con uno scompenso cardiaco legato alla compromissione della contrattilità miocardica.

Questo spiega perché i pazienti con preesistenti problematiche cardiovascolari come il diabete, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica, un pregresso scompenso cardiaco presentino complicanze cardiovascolari e mortalità molto superiore ai pazienti senza tali patologie.

In base agli studi attualmente disponibili condotti in Cina, valutando il danno miocardico mediante il dosaggio della troponina (marker di danno cellulare) e il dosaggio del NT pro-BNP (marker dello scompenso cardiaco), la **percentuale di danno miocardico è risultata compresa fra il 20 ed il 30%, correlata sia all'incremento delle complicanze cliniche cardiovascolari che della mortalità.**

La prevalenza delle complicanze cardiovascolari deve avere inevitabilmente ribattute anche sul follow up dei pazienti clinicamente guariti dal COVID 19 ma che hanno avuto un decorso complicato; andranno infatti programmati controlli clinici e strumentali che possano valutare eventuali danni residui di tipo ischemico (con un test di ischemia inducibile), di tipo contrattile (con un ecocardiogramma colo doppler) o di tipo aritmico (con un ECG dinamico).

Dott. Franco Rusconi

Medico Specialista in Malattie dell'apparato cardiovascolare

Cardiologia Riabilitativa

*“Anche se il timore avrà sempre
più argomenti, scegli la speranza”
(Lucio Anneo Seneca)*

5. “Quelle notti di marzo in P.S.” di Ilaria Bossi.

Il caso e la roulette della vita

Negli anni di formazione medica con i miei maestri il Prof. Nicola Montano e il prof Giorgio Costantino, all’ospedale L. Sacco di Milano, mi prefiguravo un futuro di medico Internista. Tale, infatti, è stata poi la mia scelta specialistica: pazienti da conoscere bene, da studiare, dedicando loro tutto il tempo utile e necessario, con la dovuta calma.

Ma, dopo uno stage “galeotto” a Edimburgo di sei mesi, in un Pronto Soccorso di un grande ospedale della città, le cose sono cambiate. Il frenetico, affascinante ed entusiasmante lavoro del medico urgentista mi aveva “contagiato”. Rientrata in Italia, dopo altre esperienze ospedaliere, sono giunta alla Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso dell’ospedale di Niguarda, diretta dal Dott. Andrea Bellone. Un posto di eccellenza per la disciplina.

È stato solo un caso? Non so.

Quando il 21 febbraio 2020 è stato annunciato il primo caso di Covid-19 a Codogno ero di turno come al solito... in quel preciso momento qualcosa è cambiato. Ci siamo guardati con paura ed incertezza ...

In realtà all’inizio c’è stata una certa resistenza a comprendere la portata di quanto ci stava arrivando addosso. Devo però dire che il nostro Primario, con grande esperienza ed anni di direzione della medicina d'urgenza, aveva intuito il “*virus storm*”. Non potrò mai scordare quella riunione, pochi giorni dopo il 21 febbraio, tutti presenti, medici, infermieri, OSS. I nostri volti iniziavano ad essere nascosti da fastidiose mascherine, ma la paura nei nostri occhi non si riusciva a nascondere mentre ascoltavamo le parole del nostro Primario, appena rientrato dall’Unità di Crisi, che ci spiegava quello che stava succedendo.

In un crescendo, che non era quotidiano ma progressivamente orario, ci siamo trovati, nel breve volgere di pochi giorni, ad assistere decine e poi centinaia di persone che arrivavano in PS. I casi di Covid in marzo sembravano così replicarsi; proprio “in modo virale”.

Indubbiamente la mancanza di linee guida e di evidenze per affrontare il Covid-19 ha comportato turni angosciosi per tutti coloro, infermieri e medici, che si sono confrontati con la patologia, o meglio, con donne e uomini di ogni età spaventati e sofferenti. Però il nostro team è sempre stato molto unito, ci siamo supportati ed aiutati a vicenda.

Quando la sera arrivando in auto in pronto soccorso viaggiavo in una Milano spettrale osservavo i lampeggianti delle ambulanze superare per intensità quelli dei semafori, quasi inutili, in incroci deserti. Avevo anche rinunciato alla musica della radio per prepararmi, prima di arrivare in

ospedale, al rito di iniziazione della “severa” vestizione liturgica che, come tutti, dovevo seguire prima di entrare nelle aree Covid.

Non dimenticherò mai l’arrivo in PS dei colleghi, medici ed infermieri contagiati. E dentro di me la domanda era inevitabile: capiterà anche a me?

Non nego ora che, oltre la paura ovviamente di contagiarmi, si era fatta strada anche la necessità di proteggere i miei figli, la mia famiglia, i miei genitori.

Al rientro a casa dall’ospedale i miei piccoli bimbi mi chiedevano quotidianamente: “Mamma oggi hai il Coronavirus? ti possiamo abbracciare?”

L’adrenalina” dei primi giorni ha permesso a noi e a tutti coloro che lavoravano di far fronte a quei momenti, in cui speravi che i posti in terapia intensiva non finissero mai... che ci fosse sempre la possibilità di fare il massimo per tutti i pazienti... e di non trovarsi nella difficile condizione di dover scegliere chi sì e chi no.

Intanto i pazienti non afferivano quasi più per altre patologie; sarebbe stato un miracolo pensare che a Milano non ci fossero più ictus, infarti o altri eventi acuti. Ma, come sappiamo, ce n'erano ma non giungevano in pronto soccorso: morivano a casa per paura di morire di Covid-19 in ospedale.

Nel frattempo, l'aria fuori era sempre più respirabile, in una primavera incipiente con i fiori che spuntavano e forse erano felici di percepire che l'inquinamento era molto diminuito.

È vero che, come dice mio padre, citando (non a caso?) un vecchio proverbio cinese: *“il punto più buio della notte è quello più vicino al giorno”*, ma è un fatto che (sarà perché il cortisolo in tutti noi decresce nelle prime ore del mattino?) ma il buio della notte di marzo si affacciava sempre più prepotentemente nelle nostre menti.

“Quando finirà?” Era la domanda che riecheggiava tra di noi mentre ascoltavamo, un po' stupiti, gli scienziati litigare in televisione. Intanto quegli occhi di alcuni pazienti ti guardavano e dicevano tutto. Tu non riuscivi a reggere il loro sguardo pur camuffata con mascherina, occhiali e schermo plexiglass. Davanti al volto di chi ci guardava riuscivamo appena a distogliere il nostro sguardo e la nostra emozione da quella tragica percezione della fine che vedi in persone consapevoli del loro destino.

Ma quali eroi?

Ho sempre pensato che Bertolt Brecht, nella “Vita di Galileo”, avesse affermato una grande verità, che in questi giorni condivido più che mai. Ammesso e non concesso che ci siano stati eroi, è proprio *“fortunata la nazione che non ha bisogno di eroi!”*

Le ore erano scandite dalle campane elettriche delle ambulanze ma, come in una poesia di García Lorca le cinque della sera rappresentavano il momento in cui gli arrivi si intensificavano nell’ arena di Niguarda. Il Toro-Virus era come un fiume in piena. Chi aveva resistito a casa con i consigli telefonici e le Tachipirine, sentiva che non avrebbe retto ad un’altra notte di mancanza d’aria.

Le bandiere italiane sventolavano, i cori dalle finestre si sentivano ma io invocavo solo un doppio cuscino (uno sopra e uno sotto) per chiudermi in una valva-bunker dove far riposare anche la coscienza sapendo di non aver potuto far tutto.

Non ho conosciuto mio bisnonno e sa poco anche delle battaglie dell'Isonzo nella Prima guerra mondiale, ma so che il sacrificio eroico di coloro che hanno combattuto battaglie e epidemie sono state per tutti un monito. Ben sapendo che eroi sono stati i nostri progenitori, quel ricordo è stato fonte di energia per noi.

Nel frattempo, nel mio “book delle facce” rimarranno quelle intere famiglie contagiate dal virus, in cui due o più parenti erano ricoverati contemporaneamente e cercavano di supportarsi reciprocamente. Come quella mattina in cui, trasgredendo ogni tipo di regola, abbiamo permesso alla giovane ragazza ricoverata in una degenza ordinaria Covid, di scendere nel nostro reparto di sub intensiva per salutare il padre che stava per essere intubato.

Ancora più difficile però erano le chiamate ai parenti chiusi nelle loro case e soli nel loro dolore che ricevevano notizie tragiche da noi, meri sconosciuti. La gestione emotiva di quelle telefonate è stato per me uno degli aspetti più difficili, al silenzio dei parenti rimasti attoniti si aggiungeva il tentativo di non far emergere tutta la mia commozione. Numerose le richieste di mogli, di figli o fratelli di stringere la mano del loro caro da parte nostra. Ed infine il “Grazie, grazie per tutto quello che state facendo” quante volte ce lo siamo sentiti dire, forse per la prima volta in vita nostra.

Errori ma non sbagli

Infine sicuramente avremo commesso errori ma non sbagli. Qualche imperizia per non scienza che peraltro sull'argomento era molto fatiscente. Ma certamente non ho visto imprudenze e tantomeno negligenze. Questo a futura memoria! Due parole rimarranno le key word di questi mesi: **il caso e la speranza**. In merito al primo, senza dilungarmi a citare il premio Nobel J. Monod, autore de “Il caso e la necessità”, devo dire che, mai come in questa circostanza, la roulette della vita ha giocato la sua partita perversa. Ma, si sa, la biologia del DNA e dell'RNA va per la sua strada, fatta di mutazioni e senza un fine che non sia quello della replicazione delle molecole stesse. Abbiamo trovato accanto la **speranza** che, non so se “ultima dea”, mi sono resa conto di quanto sia invece un gran farmaco, tanto per chi soffre tanto per chi cura.

Mentre non ci saremmo aspettati di regolare le nostre giornate intorno al bollettino della Protezione civile ho capito di più che: *"L'epidemia ci ha fatto capire quanto siamo vulnerabili (non solo) ai cambiamenti climatici che provocano lutti, disastri naturali ed economici. In questi anni abbiamo vissuto in un mondo staccato dalla realtà, fatto di like, dimenticando l'esperienza pratica. Non si devono scordare però le tabelline perché c'è la calcolatrice"*.

Nell'overdose di informazione avremmo voluto tanto una giornata “Covid free”, ma eravamo tutti immersi nei comunicati e quando sembrava fossero finiti, arrivava il WA del parente o amico che, pensando di farti cosa gradita, ti inviava l'ultimo abstract del contraddittorio articolo di Lancet sull'idrossiclorochina.

Gli psicologi spiegavano bene in quei giorni la teoria della differenza fra paura ed angoscia, ma chi ha vissuto questa esperienza può dire che non c'è mai soluzione di continuità fra i due stati d'animo: si susseguono, come onde subentranti

Poi venne il Ground zero post lockdown.

Che tenerezza i ragazzi che chiedevano di poter fare il loro esame di maturità. Ammetto che mi sarebbe molto dispiaciuto se nel 2000 non avessi potuto vivere anch'io quel rito di iniziazione all'età adulta. Poi l'ho capito che *"Gli esami non finiscono mai"* Loro, gli studenti gridavano "Ridateci l'esame di maturità!" Vi rendete conto che l'ospite inquietante, che ha popolato nostri sogni notturni, viene oggi invocato dai diciottenni? Allora è vero che abbiamo bisogno anche di *"questi fantasmi"*? (E. De Filippo)

Ma il ricordo continua ad essere uno solo:

"Il buio di quelle notti di marzo, in P.S.!"

Dott.ssa Ilaria Bossi

Medicina Urgenza e PS

Ospedale Niguarda Milano

6. “Covid e poi?” di Massimo Valverde

Ipotesi su di una possibile sindrome infiammatoria globale di tipo endocrino-autoimmune indotta dal virus SARS-CoV2 /COVID 19 e sulle sue conseguenze sul sistema sanitario nazionale e sulle abitudini sociali

PREMESSA Tutti i dati ed i fatti citati nel presente capitolo sono riferiti alle conoscenze note alla data della sua pubblicazione, come per altro più volte ricordato nella sua stessa stesura.

L'inizio di questa pandemia è stato lento , la malattia si è nascosta molto bene tra i nostri tanti malanni di stagione e ci siamo accorti di lei solo quando non è più riuscita a celarci il suo volto più feroce ... ha colpito praticamente tutti , indipendentemente dall'età, dai più piccoli ai più anziani , magari con forza e con sintomi diversi , ma sempre con le stesse modalità e , al netto di tante parole e di tante supposizioni . La semplice realtà è che non eravamo pronti ad affrontarla...nessuno era pronto...e tutti hanno reagito come hanno potuto, spesso in modo contraddittorio tra loro, ma chi poteva dirlo ed immaginarlo quando solo adesso incominciamo a rilevare ed a comprendere qualche cosa su di lei e constatiamo con tristezza e paura come sia andata a finire questa prima parte della sua entrata in scena ...?

Questo virus non è un mostro , non è nemmeno un super virus , semplicemente è un virus che , come milioni di altri virus , ha casualmente imboccato una strada che lo ha portato a mutare e ad evolversi in senso negativo , maturando ed agendo in modo patologico ed epidemico come mai ci era capitato di vedere , e , personalmente , ritengo che la caccia alle sue origini dovrebbe essere più di competenza dei tecnici piuttosto che essere la base per dispute politiche ,o complottistiche . Si è immaginato ed ancora oggi tantissimi sono convinti del fatto che contro un supernemico ci vogliano dei superuomini , dei superpoteri , dei superfarmaci e dei supervaccini , ma in effetti ai fini pratici della gestione dei pazienti siamo tutti ancora al palo , esattamente come , nel momento in cui questo libro sta andando in stampa , infuriano le polemiche tra gli esperti sia sulla sua attuale, apparentemente e momentanea perdita di aggressività e sia sulla sua possibile (o meno) ripresa stagionale , il tutto nell'attesa che in modo compatto e sulla base delle conoscenze oggettive ed obiettive che di giorno in giorno stiamo acquisendo , finalmente si riesca ad affrontare globalmente e concordemente il problema , dato che , visto con gli occhi dei cittadini e nel campo della prevenzione più che della cura , in pratica siamo ancora a poco più di quanto era stato fatto un secolo addietro con un altro virus , quello della “influenza Spagnola” , ovvero mascherine , guanti , distanza sociale e disinfettanti - ed in questo ultimo caso è importante evidenziare che in Italia , in data 25 maggio 2020 , l'Istituto Superiore di Sanità ha inserito l'ozono (ossigeno triatomico / O₃) , sia nel suo naturale stato gassoso e sia come ozono disciolto in acqua , nell'elenco dei presidi disinfettanti in grado di eliminare il COVID 19 , per altro riprendendo quanto già noto ai medici sin dalla fine del 1800 , dato confermato poi dal suo uso disinfettante nell'ambito della Sanità Militare attuato sempre dall'Esercito Italiano durante le due Guerra Mondiali , già poi utilizzato come disinfettante durante la pandemia dell'”influenza Spagnola “ e

via via sempre più recentemente sino a giungere a tutti gli impianti di potabilizzazione delle acque pubbliche , delle piscine , del trattamento delle derrate alimentari fresche , ecc.ecc , ove , per altro , ha sostituito vantaggiosamente l'uso del cloro , elemento ben più pericoloso ed inquinante - mentre ora , adesso , oggi , abbiamo fortunatamente già a disposizione un armamentario tecnico e farmacologico molto più evoluto e certamente più efficace di allora e che per fronteggiare l'emergenza non possiamo permetterci di continuare ad attendere l'arrivo di nuovi superfarmaci e supervaccini ; in un certo senso è come se qualcuno sparasse ad un'altra persona : quest'ultima certamente non si preoccuperebbe di sapere quale sia stata la fabbrica che ha costruito il proiettile , ma piuttosto sia di evitare che le sparino addosso (prevenzione) sia di limitare al massimo i danni nel malaugurato caso venisse colpita (efficacia della terapia d'urgenza e a lungo termine) .

Ecco, la chiave sociale di tutto questo enorme problema è in questa parola: "urgenza". In questo poco tempo avuto a disposizione , la comprensibile ansia , la paura e la necessità impellente di dare delle risposte immediate che si è creata quando intorno a noi hanno incominciato a morire a ritmo folle tanti pazienti , ha polarizzato l'attenzione di tutti , sia gli esperti e sia i semplici cittadini , in un certo senso "congelando" e "polarizzando" i pensieri sul presente ed azzerando la capacità di pensare ad un futuro ancorché prossimo .

Malgrado tutto questo e pur tra mille difficoltà tecniche , burocratiche e di comunicazione , si stanno iniziando a comprendere alcuni dei meccanismi infernali con i quali il virus ci aggredisce e ci annienta e , con l'esperienza sul campo , è stato possibile iniziare a salvare tante vite utilizzando quanto già a disposizione oltre ovviamente alla somministrazione dell'ossigeno con le varie modalità farmacologiche che si sono necessariamente e rapidamente evolute , ovvero essenzialmente gli antinfiammatori tra i quali l'Etoricoxib e l'idrossiclorochina (se pur con pareri altalenanti come si è potuto constatare negli ultimi giorni dopo il ritiro di un noto articolo scientifico su di essa) , gli anticoagulanti , gli antibiotici e gli antimicotici utili per ridurre il rischio dello sviluppo di malattie secondarie batteriche o fungine , i gastroprotettori , gli steroidi (ad esempio i corticosteroidi) ed alcuni tra i tanti immunosoppressori (ad esempio incominciando dalla Ciclosporina) , queste due ultime classi di farmaci noti ed ampiamente disponibili , ben conosciuti per la loro azione immunosoppressiva necessaria per fronteggiare le reazioni autoimmuni e tipicamente impiegati nelle terapie anti-rigetto , farmaci quindi in grado di fronteggiare e forse inibire la reazione infiammatoria-autoimmune provocata da COVID 19 , permettendo così di ridurre drasticamente lo sviluppo di lesioni progressive multiorgano ,e molti altri ancora già presenti sul mercato

Grazie al fatto che si sono potute effettuare le autopsie sui pazienti deceduti ottenendo così finalmente dei dati assolutamente preziosi e mettendo quindi in campo non solo le conoscenze farmacologiche (ovvero le armi necessarie a chi combatte sul campo), ma anche le solide e ben radicate conoscenze in diversi campi della medicina quali la microbiologia, la clinica medica e chirurgica, l'immunologia, l'endocrinologia, la tossicologia, ecc.ecc. (ovvero le conoscenze necessarie per far sì che sia possibile adottare la miglior strategia possibile e necessaria per ottenere il massimo risultato dalle armi al momento a disposizione), tutto questo per imbrigliare la progressione della malattia e portare il paziente alla guarigione sperata.

Note e/o ragionevolmente probabili tutte queste condizioni oggi acquisite , sin dalla prima metà dello scorso mese di febbraio avevo postulato e a comunicato a molti altri Colleghi che – con una

sintesi estrema-il virus sembrava che si comportasse come una pietra lanciata nell'acqua , a pietra tocca l'acqua , crea delle onde di diversa ampiezza e forza ,poi scompare o comunque esce momentaneamente di scena e a noi restano i danni ,diretti ed indiretti provocati da queste onde e che queste onde ,con ovvia velocità di espansione e di forza diversa una dall'altra, ove alcune di queste ,le prime e le più forti formatesi dopo l'impatto della pietra sull'acqua ,null'altro fossero che la rappresentazione pratica di una massiccia reazione auto immunologica ,ovvero di una paradossale iper-reazione sviluppata del nostro sistema immunitario che ,attraverso vari e svariati meccanismi ,messo davanti alla realtà di una condizione infiammatoria di portata inaudita ,reagisce producendo autoanticorpi in tempi e modalità diverse legate al punto di partenza dell'infezione ,mutuando questa ipotesi di reazione dall'esperienza consolidata offerta dallo studio di tante malattie autoimmuni quali ad esempio la tiroidite di Hashimoto ed ipotizzando anche che la retina sarebbe stata un'ottima finestra per poter osservare l'evoluzione della malattia da COVID 19 e la sua risposta alle terapie . Oggi e sempre alla data di stampa di questo libro , dai lavori scientifici che incominciano ad apparire abbiamo la conferma che nel caso di COVID 19 , il sistema immunitario reagisce effettivamente in modo paradossale e finisce col produrre una quantità abnorme di autoanticorpi specifici aventi inizialmente come bersaglio l'endotelio di tutte le arterie (ovvero quella componente dell'arteria che è a diretto contatto con il sangue) ove questo processo causa delle coagulazioni diffuse (trombosi) , soprattutto a carico delle arterie più fini , e di conseguenza, provocando danni irreparabili inizialmente evidenziati nel tessuto polmonare , poi in quello cardiaco e successivamente , esattamente come per le onde nello stagno che man mano si allargano , giungendo al sistema riproduttivo , a quello digestivo, al sistema nervoso periferico e centrale , ovvero al cervello ed a tutti suoi organi correlati come l'occhio .

Quindi con le sole conoscenze scientifiche a disposizione in questo esatto momento , riscontriamo con ragionevole certezza di non avere davanti “**solo**” una reazione infiammatoria provocata dal COVID19 , reazione tanto imponente e tanto rapida che , partendo dai polmoni li devasta spesso irrimediabilmente ,ma ritengo in ipotesi che ci si trovi davanti ad una vera, nuova “ **sindrome infiammatoria globale di tipo endocrino-autoimmune indotta dal virus SARS-CoV2 /COVID 19** ” che si esprime con una sequela di danni in parte ed ovviamente non ancora ancora perfettamente inquadrati ma certamente con conseguenze distruttive dirette ed indirette e per comprendere bene e poter curare queste reazioni che alla fine (oltre ai decessi) rappresentano e rappresenteranno l'effetto ben più grave di quello provocato direttamente dal virus siamo ancora agli inizi , ma siamo certi che il cammino di guarigione e della necessaria e vitale riabilitazione successiva alla fase acuta sarà prolungato e , guardando avanti – se pur oramai di poco - si sta inoltre evidenziando la necessità di impostare a favore dei pazienti sopravvissuti ma portatori di danni permanenti , dei piani di riabilitazione globali , sia cardio-polmonare che neurologici e fisiatrici , piani che dovranno essere necessariamente svolti in ambienti specificatamente dedicati ; attualmente i posti ospedalieri per tali terapie risultano essere completamente insufficienti per affrontare una tale massa di lavoro , e sarà quindi necessario organizzare ex-novo e rapidamente una rete funzionale di tali strutture , ovvero , citando il testo di una nota canzone ,si pone in modo impellente la necessità di costruire un ponte che ci permetta di superare la tempesta di onde provocata da COVID 19

Ovvio quindi ora chiedersi il perché alcuni pazienti siano stati colpiti mortalmente dal virus mentre all'opposto altri hanno scoperto di essere venuti in contatto con il virus , di aver sviluppato gli anticorpi specifici pur senza essersi mai nemmeno minimamente ammalati , e altri (fortunatamente la maggior parte) non sono stati nemmeno interessati dal virus e questo aspetto

richiede sin da ora una valutazione attenta che permetta di inquadrare meglio sia la possibile terapia ma soprattutto individuare a 360° ed analizzare attentamente i vari co-fattori che hanno permesso a COVID 19 di scatenarsi nel modo che abbiamo davanti ai nostri occhi .

A parte l'ipotesi iniziale di una prevalenza legata alle differenze ed alle risposte biochimiche ed infettivologiche di uno specifico gruppo di popolazione rispetto ad un altro (ad esempio la nota risposta di alcuni farmaci antiipertensivi che sono utilizzabili in alcuni gruppi di popolazione ma che risultano tossici per altri gruppi) o che alcuni gruppi fossero naturalmente immuni a COVID 19 in quanto già esposti a virus imparentati con COVID 19 o a lui simili , inizialmente si era pensato che la malattia preferisse solo i pazienti fragili , anziani e/o già portatori di una o più patologie gravi , ma subito dopo ci si è resi conto che COVID 19 aggredisce anche soggetti giovani ed in ottime condizioni e si era incominciato ad orientarsi sulle possibili concause legate magari all'assunzione di farmaci specifici , ma questa ipotesi non ha trovato una reale conferma pratica ; si era pensato che i bambini fossero poco o nulla preda del virus , ma in seguito sono comparse dei casi pediatrici unitamente all'evidenza della comparsa di una malattia autoimmune , la S. di Kawasaki , generalmente pediatrica e definita rara che però ha iniziato ad evidenziarsi anche negli adulti e ancora più recentemente – come già citato - sono apparsi i primi lavori scientifici di alto valore che hanno correlato con sicurezza a COVID 19 sia la tiroidite in forma tardiva e sia la degenerazione altrettanto tardiva della retina , e a questo punto risulta evidente che - come postulato - le onde nell'acqua si stanno allargando sempre più con tempi e aree di interesse organico progressivamente aumentate e globalizzanti tanto è vero che , nella realtà dei fatti e con il passare dei giorni (e non dei mesi) in Popolazioni , Paesi e Nazioni che sino ad ora erano parse essere state totalmente e/o grandemente risparmiate dal virus per motivi che malgrado la pletora di ipotesi avanzate da ogni parte francamente si potevano definire ignote , oggi anche presso di loro viene denunciata la comparsa del virus che si comporta sempre con la ben nota aggressività e ferocia e che quindi conferma l'unica vera ipotesi iniziale , ovvero che ci troviamo davanti all'evoluzione di una pandemia che , esattamente come fece la già citata “ Influenza Spagnola “ nel giro di poco tempo colpirà senza scampo tutti gli abitanti del Pianeta

Quindi questo “secondo tempo” della pandemia sarà sicuramente lungo e per questo, come appena descritto, dobbiamo incominciare sin da ora a pianificare queste cure e queste forme di riabilitazione a lungo termine pensando a come prenderci cura di chi, grazie alle cure prestate in urgenza è sopravvissuto se pur con un prezzo fisico altissimo.

Analizzando tutti i possibili co-fattori patologici naturali storicamente in grado di interferire - anche in modo grave - con il nostro sistema immunitario, credo che procedere con un'analisi basata su di un parallelismo arbitrario ma ragionevole funzionale possa essere nuovamente rappresentato dal caso storico della “Influenza Spagnola” Vs. COVID 19. In tutto il mondo di allora la “Spagnola” provocò in circa tre anni la morte di circa 100.000.000 milioni di pazienti (e questo numero rappresenta sicuramente un bilancio imperfetto in senso restrittivo in quanto molti paesi e/o territori non furono mai in grado di censire con una accettabile precisione il numero dei decessi avvenuti nei loro ambiti) , ampiamente distribuiti su tutta la superficie terrestre e quindi sia in aree densamente popolate (anche con la presenza di impianti industriali e lavorazioni che oggi potremmo definire altamente inquinanti e pericolosi) e sia in aree prive di industrie e con un inquinamento antropico locale legato alle semplici attività dell'allora vita quotidiana , eppure le reazioni organiche al contagio e le successive cause di morte furono simili in tutto il mondo . Da che , se pur sempre arbitrariamente , si può affermare che le eventuali concause predisponenti allo

sviluppo di una pandemia virale che dopo la sua prima fase di super infiammazione finisca poi per trasformarsi nella già citata ed ipotetica “ **sindrome infiammatoria globale di tipo endocrino-autoimmune indotta dal virus SARS-CoV2 /COVID 19** ”, tenda ad escludere le cause artificiali contingenti come già argomentato , e che quindi esse dovevano essere necessariamente pre-esistenti sia al epoca della “Spagnola” e sia oggi e dovevano essere anche presenti – se pur in dosi diverse – nel fisico di tutti gli abitanti del pianeta e questa condizione , ampiamente nota e dimostrata sulla base dell’enorme quantità di dati scientifici disponibili da oltre trent’anni , ad oggi può essere attribuita quasi esclusivamente alle micotossine . Le micotossine sono tossine prodotte da una miriade di microfunghi comparsi sulla terra centinaia di milioni di anni fa e quindi presenti da sempre ed ubiquitariamente in tutto il mondo (sono state ritrovate nelle mummie egizie, in quelle degli altopiani sudamericani, nelle derrate alimentari fossili rintracciate in migliaia di siti e di inumazioni etc. etc.) e ne sono il prodotto finale non necessario per la sopravvivenza del fungo stesso. Sin dalla fine del secolo scorso lo IARC (International Agency for Research on Cancer) , che è il braccio armato nel campo dello studi del cancro promosso dall’Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) aveva pubblicato due enormi studi specifici che concludevano definendo le micotossine come i più potenti agenti biologici naturali in grado di indurre sia lo sviluppo di neoplasie in tutti i distretti organici e sia ipofertilità e sterilità , sia alterazioni del sistema nervoso centrale e periferico sia di quello digerente , in pratica una vera e propria azione multiorgano e multisistemica a carico sia del paziente e sia del prodotto del concepimento , in quanto esse superano agevolmente sia il “filtro “ placentare e sia la barriera emato-encefalica e soprattutto sono coinvolte a vario titolo nello sviluppo di numerose ed ampiamente note malattie autoimmuni . Le numerosissime ricerche seguite hanno infatti finito per dimostrare, al di là di ogni ragionevole dubbio, che le micotossine sono direttamente in grado di modificare anche radicalmente la risposta del sistema immunitario , spesso creando una condizione che si potrebbe definire di “pre-allarme” , ovvero una condizione nel cui ambito, a fronte di uno stimolo patologico relativamente piccolo , la risposta immunologica sarà paradossalmente molto intensa , ad esempio esattamente come stiamo osservando nella meccanica di evoluzione del COVID ma soprattutto nelle onde che esso produce dopo il suo primo insediamento nell’organismo . Le micotossine sono ubiquitariamente presenti in tutti gli alimenti noti (compresi tutti quelli definiti “biologici” , “ naturali “ , etc. etc.) e sono oggetto di stretto controllo da parte del Sistema Sanitario italiano che opera sia attraverso degli organismi specifici presso il Ministero della Salute e sia attraverso gli Istituti di Igiene e Profilassi presenti su tutto il territorio ; a questi Enti è demandata la responsabilità di svolgere attente ed approfondite analisi su **tutte** le derrate alimentari “primarie “ (ad esempio cereali , riso , mais , latte , carni , frutta secca etc. etc.) che vengono immesse sul mercato per verificare che la presenza di tali agenti sia al di sotto dei limiti massimi di concentrazione ammessi per Legge , anche se da circa 10 anni , a causa della difficoltà di controllarne lo sviluppo “in campo” , tali limiti massimi sono stati raddoppiati in seguito ad una decisione comunitaria europea per altro osteggiata proprio dall’Italia e solo da qualche mese , dopo anni di incertezze e di mancanza di vere disposizioni efficacemente applicabili finalizzate al risanamento di dette derrate , in Italia si è finalmente aperta la reale possibilità di ridurre la concentrazione con mezzi naturali , non impattanti per l’ambiente , totalmente biologicamente compatibili , di facile impiego e di costo assolutamente contenuto .

Si deve inoltre far presente che allo stato dei fatti e secondo i dati forniti dalla FAO e dall’OMS , la quantità di prodotti alimentari irrimediabilmente destinati alla distruzione in quanto inquinati dalle micotossine in misura assolutamente eccedente i parametri attualmente ammessi sia per il loro

impiego alimentare negli umani adulti (si ricorda che la concentrazione negli alimenti definiti baby food vale la direttiva 2006/125/CE, secondo cui “gli alimenti a base di cereali e gli altri alimenti destinati ai lattanti e ai bambini non devono contenere alcuna sostanza in quantità tale da poter nuocere alla salute dei lattanti o dei bambini stessi) e sia per uso zootecnico , rappresentano circa il 30% / 35% di tutto quanto prodotto in Europa e di circa il 60% / 75% di quanto prodotto in Africa , in Asia ed in America Latina .

E' anche opportuno ricordare che il nostro sistema immunitario (pur escludendo quello dei pazienti portatori di patologie che lo rendono meno efficiente come nel caso dell'AIDS , ovvero nei pazienti immunodepressi o immunocompromessi) , agisce sempre in modo armonico se pur non pedissequamente correlato con l'età del paziente stesso e molti prodotti farmaceutici che fino a qualche anno addietro erano stati posti in vendita come supporto “ di rinforzo “ del sistema immunitario , sono stati ritirati dal commercio farmaceutico mentre parallelamente si è assistito ad una esplosione di offerte di prodotti alimentari (definiti “Alimenti Speciali “ o “ Nutraceutici “) ai quali viene attribuito un valore pro-immune e lo stesso vale per una gamma pressoché infinita di integratori alimentari posti in vendita sia nelle farmacie e sia nelle grandi catene di distribuzione e , alla luce delle dinamiche patologiche secondarie provocate da COVID 19 , è naturale chiedersi se l'impiego di preparati che affermino di svolgere un'azione immunostimolante possa ancora avere un valore ed un senso positivo . Al di là del caso di COVID 19, che per la sua azione mostra di non necessitare assolutamente di avere a che fare con un sistema immunitario preattivato o iperattivo, cosa che la renderebbe ancora più devastante.

Infine resta il fatto che ogni giorno la ricerca scientifica sta lentamente dimostrando che molte delle patologie che conosciamo e che credevamo autonome e fine a se stesse , si rivelano invece per essere delle immuno-endocrinopatie e tra queste ad esempio si può citare il diabete , la sterilità da autoanticorpi anti-ovaio ed anti spermatozoi e le sempre più comuni “intolleranze” verso determinati alimenti pur in assenza di specifiche alterazioni genetiche come del caso della “Gluten-like Syndrome” e della “Milk-like Syndrome “ , affezioni che , in base alla corposa letteratura scientifica corrente , a loro volta potrebbero essere correlate o indotte o promosse esattamente da alcune micotossine specifiche.

Dott. Massimo Valverde
Ostetrico-Ginecologo

Spec. in Patologia della Riproduzione Umana
Spec. in Endocrinologia in Farmacologia. in Tossicologia
Microchirurgia e Chirurgia Sperimentale

Già Professore a.c. presso la Facoltà di Scienze Motorie, Università degli Studi di Milano,
Sezione di Fisiologia Umana, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Insegnamento di
“Adattamenti fisiologici all'esercizio in ambienti estremi”
Consulente Tecnico d'Ufficio presso il Tribunale di Milano

I professionisti che volessero ricevere in sintesi i riferimenti bibliografici scientifici alla base del presente capitolo e riferiti sino alla data della sua pubblicazione , potranno farlo inviando una email indirizzata a promedia2020@gmail.com , indicando nella richiesta i propri riferimenti personali ed i dati di iscrizione al rispettivo Ordine Professionale (Medici , Biologi, Farmacisti , Ingegneri , Giornalisti , etc. etc.) . Tali dati verranno puntualmente verificati ed in seguito trattati nel completo rispetto delle vigenti norme sulla privacy e non verranno mai impiegati per qualsiasi e qualsivoglia fine commerciale e/o di comunicazione, sia diretto che indiretto.

7. *“Aspetti immunologici dell’infezione di Covid-19”* di Ornella Marelli

Apparso nella provincia cinese di Wuhan si è rapidamente propagato in tutto il mondo caratterizzato da una severa patologia polmonare, cardiaca e renale soprattutto in pazienti anziani e con comorbidità come diabete, ipertensione e in generale problemi cardiocircolatori.

La risposta antivirale in genere coinvolge sia l’immunità innata che l’immunità acquisita che coinvolge i linfociti T (CD4 e CD8) linfociti B e il rilascio di citochine proinfiammatorie . COVID19. Durante l’infezione si nota un incremento iniziale di queste cellule seguito da un incremento di leucociti ma una diminuzione di linfociti nelle forme gravi della malattia indicando che i neutrofili e i leucociti in generale ma non i linfociti inducono questa tempesta di citochine che portano a gravi danni anche irreversibili del tessuto polmonare, cardiaco e dell’endotelio vasale. Si assiste quindi ad una deregolazione della risposta immune nei casi più gravi che vede i CD4 e i CD8 insieme ai T regolatori diminuiti ma non i Th17 che mantengono alta la risposta infiammatoria contribuendo al rilascio di citochine proinfiammatorie.

Per infettare le cellule questo virus si riconosce e lega una struttura espressa sulle cellule chiamata angiotensin converting enzyme 2 (ACE2) che è espressa in maniera ubiquitaria nel corpo umano in particolare in maniera elevata nel piccolo intestino, testicoli, rene, tiroide e tessuto adiposo, media nei polmoni bassa nel sangue, endotelio vascolare muscolo tessuto nervoso. Sembra però che l’intensità del danno tissutale non sia necessariamente correlata alla espressione di questa proteina nonostante questa sindrome di distress respiratorio grave può essere accompagnata da gravi problemi cardiaci e vascolari, problemi gastrointestinali e nervosi rimane preoccupante il danno polmonare nonostante i polmoni non siano il tessuto che maggiormente esprime ACE2.

Questa osservazione ha spinto alcuni ricercatori a comparare l’espressione di ACE2 nei vari tessuti di uomini giovani e anziani e donne giovani e anziane non riuscendo a trovare alcuna differenza nell’espressione infatti il virus può infettare indistintamente anziani e giovani uomini e donne, tuttavia il rischio di sviluppare un decorso particolarmente severo sembra correlato all’età ed al sesso.

Il sistema immune ha comunque un ruolo chiave nel combattere l’infezione virale sebbene sia una tempesta citochinica la responsabile principale dei danni tissutali che induce e lascia questo virus si è studiata la risposta immune evocata a livello polmonare nei quattro gruppi sopra descritti vedendo che esistono marcate differenze nelle risposte immuni che è più marcata negli uomini che nelle donne, negli anziani rispetto ai giovani e questo spiegherebbe perché la severità della malattia può variare significativamente.

Inoltre le donne hanno meno cascata infiammatoria degli uomini nonostante i linfociti T helper (CD4) siano più numerosi e la loro capacità di produrre anticorpi specifici è maggiore e nelle donne rimangono più a lungo in circolo. Inoltre il livello di attivazione del sistema immune femminile è anche dovuto ad una maggiore espressione del Toll like receptor7 (TLR7) che è presente sulle cellule dell’immunità innata, è in grado di legare RNA virale e attivandosi induce la produzione di interferone (IFN) aumentando la resistenza all’infezione virale. Inoltre le citochine appartenenti alla famiglia di IL6 e IL1 , parliamo cioè di citochine proinfiammatorie, sono meno espresse nelle donne rispetto agli uomini. Infine pare essere più alta la trascrizione di FOXP3 e quindi la presenza di linfociti T regolatori.

Sembrerebbe quindi che la diversa prognosi della malattia da infezione da corona virus sia dovuta non già al titolo del virus ma alla risposta immune evocata.

Volevo infine sottolineare che una prolungata situazione infiammatoria oltre al danno diretto inferto ai tessuti può indurre patologie infiammatorie croniche e autoimmuni. Non escluderei che poiché la tiroide ha un'alta espressione di ACE2 e quindi un'alta presenza virale sia la diretta presenza del virus a indurre una tiroidite autoimmune. Situazione analoga a livello dei testicoli altro organo ad alta espressione di ACE2 dove si potrebbe verificare un alto rischio di infertilità sempre per azione diretta del virus.

Vorrei concludere con un pensiero sulla vitamina D: la vitamina D è un ormone steroideo e la presenza del suo recettore sul DNA è stata dimostrata su diverse cellule quindi ha un ruolo importante non solo sulla omeostasi ossea. In particolare pare inibisca la produzione di citochine proinfiammatorie come IL6, IL2 gamma interferone e TNFalfa e attivi i T regolatori mentre diminuisce l'attivazione dei linfociti Th17. Non intendo indicarla come farmaco antiinfiammatorio ma la sua concentrazione ottimale è senz'altro un fattore di prevenzione per patologie legate ad un eccesso di risposta immune/infiammatoria.

Prof.ssa Ornella Marelli
Dipartimento BIOMETRA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
via Vanvitelli 32
20129 Milano
tel. 0250317024

8. *“La psicanalista: da epidemia a pandemia”*. di Giuliana Kantzà

Esplosivo in Cina il ‘corona virus’ ha dilagato da Pechino a Codogno, sfiorando Milano; più che di una epidemia, assume le caratteristiche strutturali di una ‘pandemia’, diffusa, generalizzata.

Il ‘corona virus’ si è insinuato ‘malignamente’, agente provocatore, nella complessa organizzazione statale e politica della Cina tesa al primato economico, vanificando la sua supposta efficienza, intaccando il suo prestigio; ha mietuto vittime, nonostante le misure precauzionali e si è rapidamente diffuso con l’effetto di ansia e di una angoscia generalizzata. Dal sogno della ‘via della seta’ presunto anello di congiunzione economica e mercantile, traccia di una potenza in espansione, si è passati alla chiusura per il rischio contagio, all’isolamento. Un sintomo esige nella psicoanalisi una lettura, una interpretazione da cui possa emergere qualche frammento di verità, del soggetto e, in questo caso, di popoli precipitati in uno smarrimento-contagio con possibili esiti devastanti. Nel 1938 Freud ‘ebreo errante’, esule a Londra, scrive a Einstein una bellissima lettera sul pericolo della bomba atomica affidata a governanti incapaci che avrebbero potuto scatenare morti e devastazioni nelle popolazioni, prive, anch’esse, di un legame comune di appartenenza. Il padre della psicoanalisi e il padre dell’atomica leggevano il pericolo.

E oggi? La via praticata non è più quella della guerra, le armi sono diventate troppo letali e definitive, restano i ‘governanti incapaci’ e le popolazioni prive di un legame sociale che le fondi; la guerra si combatte nel predominio dei mercati, nelle leve di potere dell’economia. Un’economia in mano ai padroni? che comandano, che hanno il controllo delle borse e che determinano i flussi dell’economia. Si assiste a quella che Lacan ha definito, con felice espressione, *‘evaporazione del padre’*:⁴ il padre, nei suoi principi fondativi ed etici, è, come dice Lacan ‘evaporato’; non ha più la funzione simbolica ed etica di limite, di contenimento, di legge; in Cina si assiste a un ‘comandante assoluto’, che ‘giudica e manda secondo “ch’avvinghia”’, isolato nel suo potere assoluto, cardine im-politico del suo operare. ‘Impolitico’ poiché la politica, in quanto tale, come da etimologia, è l’arte di trovare connessioni, rapporti, relazioni all’interno del proprio popolo e nel rapporto con gli altri popoli, fondando relazioni, stabilendo accordi. In Italia

In Lombardia un dilagare senza limiti di ricoveri e molti sono morti. Un encomio ai medici, agli infermieri che ne hanno avuto cura sollecita e attenta, che si sono fermati al loro letto, offrendo la loro partecipazione affettuosa, con umana partecipazione.

Ma questo virus che viene da lontano, sintomo devastante che cosa ci dice? Come ogni evento impone una decifrazione, una lettura. Brevemente vorrei fare qui richiamo alla mitica peste di Tebe dove regna Edipo, re saggio e giusto; la città si sviluppa, cresce finché scoppia la terribile peste che Sofocle racconta. Edipo invia all’oracolo di Apollo a Delfi il sacerdote per avere da lui illuminazioni il responso è chiaro: dovrà essere scacciato da Tebe colui che ha ucciso Il vecchio re Laio. Edipo, si cava gli occhi per non vedere quello che ha fatto uccidere il padre-e unirsi alla madre. Va ad Atene dove è accolto con onore dal re Teseo. ‘Edipo a Colono’, considerata la più bella del mondo si chiude con il colloquio segreto fra i due re: ‘solo un dio sa che cosa si dissero.’

⁴ G. Kantzà Il Nome del Padre nella psicoanalisi Freud Jung Lacan Ares ed.2008

E oggi?

Quando, con Freud, nasce la psicoanalisi intercetta il sintomo. Il padre, che percorre la sua Vienna, assorta nel lusso dei suoi balli, mentre si prepara la decadenza dell'impero; Lacan, riprendendo da Freud, la definisce come abbiamo detto, aggiungendo la felice formulazione; **'del padre: farne a meno a costo di servirsene'**. Nel nostro tempo l'evaporazione del padre' è diffusa, generalizzata nella famiglia, nella società, nella lingua, nell'economia, nella politica.

Il corona virus che ci devasta dobbiamo leggerlo.

Mi ha molto colpito quanto il prof. Maurizio Bossi mi ha riferito: i giovani attaccati dal virus possono avere danni alle gonadi, l'apparato riproduttivo. Saranno dunque nella riduzione o impossibilità di procreare, non potranno essere padri? Una questione fondativa che impedisce e blocca il processo eredità-trasmissione. Il corpo, che parla, ce lo racconta: già perché noi, unici essere parlanti, 'corpo-linguaggio, siamo immersi nel linguaggio, qui è il corpo che parla e che sta a noi ascoltare.

Dott.ssa Giuliana Kantzà
Psicoanalista lacaniana,
Associazione Mondiale di Psicoanalisi
Docente all'Istituto Freudiano, Milano

9. *“Lodi, 230 post colorati dei miei bimbi”* di Maria Grazia Minoia

Sono pediatra di famiglia da circa trent'anni a Tavazzano con Villavesco-Lodi (ora Ats Milano).

Sono pediatra della iniziale, terribile, zona rossa anzi rossissima insieme agli altri noti comuni lombardi.

Ho fissato nella mente, anzi nel cuore il ricordo indelebile di quel giorno, che non so se definire lontano, lontanissimo o vicino perché' ancora così chiaro nella mente.

Ero appena tornata da un viaggio e come nelle favole, ma quelle terribili, mi sono trovata catapultata, anzi travolta dallo tsunami Covid 19., il 23 febbraio con l'iniziale chiusura di Codogno e comuni limitrofi.

Ci siamo trovati di fronte a un evento che nessuno di noi colleghi sul territorio era in grado né di capire, né di affrontare.

Sapevamo soltanto che questo virus dal nome tanto nobile, coronavirus, era assolutamente sconosciuto. Un salto di specie animale l'aveva reso invincibile.

Non sapevamo i meccanismi d'azione, vedevamo solo i tremendi risultati e le prognosi infauste.

Eravamo tutti, sia noi pediatri che medici di famiglia, sprovvisti dei DPI più banali per riuscire a fronteggiare con un minimo di sicurezza le visite dei nostri pazienti.

I primi morti infatti furono i miei colleghi sul territorio.

Loro andavano a domicilio del paziente senza guanti, mascherine o altro. Una morte infausta, terribile, giovani colleghi dell'adulto che ben conoscevo, con famiglie e affetti.

Anche tre colleghe pediatre si sono ammalate, due in modo pesante ricoverate in malattie infettive per più di un mese, con esiti pesanti e guarigioni difficoltose.

Devo dire che avevamo paura. Siamo stati abbandonati a noi stessi, poche linee guida confuse, circolari e delibere che ogni giorno arrivavano e non ci aiutavano per nulla.

Abbiamo ottenuto i primi DPI grazie all'impegno pazzesco e incredibile del presidente del nostro ordine dei Medici e dei suoi collaboratori più stretti.

Abbiamo poi dovuto comprarci tutto, camici monouso, guanti, mascherine, disinfettanti, prodotti per la sanificazione degli ambulatori.

Tutto è cambiato nella nostra quotidianità di lavoro.

Triage telefonico preciso e attento, anamnesi raccolte con precisione.

Nessuno poteva presentarsi senza appuntamento, un solo genitore con mascherina e guanti con il bimbo. Lunghi intervalli tra un paziente e l'altro per procedere alla sanificazione dello studio.

Complicatissimo visitare bardati come astronauti, costretti ogni volta a sanificarsi prima della visita e a visita conclusa.

Sale d'attesa vuote, nessun bambino che correva, nessun rumore. Ho dovuto togliere tutti i giochi, libri, peluches.

All'inizio del lock down e durante tutto il periodo, i "miei genitori" sono stati fantastici.

Nessuno ha violato le regole. Erano certo spaventati, ma ho fatto un grosso lavoro di rassicurazione.

Ho usato tutti i mezzi tecnologici che avevo a disposizione-Skype, post di notizie rassicuranti sui social, messenger, mail.

Il sindaco e la protezione civile del paese ci hanno dato un grosso aiuto. Preparavamo le ricette e in busta chiusa venivano portate direttamente in farmacia, per evitare assembramenti negli ambulatori, aumentando il pericolo di contagio.

I bimbi che dovevo visitare per forza, per presenza di sintomi importanti, venivano in studio.

Grossa collaborazione anche con i PS pediatrici di Vizzolo e Lodi. I casi particolari venivano ricoverati dopo accordi telefonici con grosso spirito di collaborazione.

Anche tra noi colleghi sul territorio, siamo 33 pediatri, si è creata una rete di condivisione e collaborazione.

Abbiamo creato una chat e abbiamo condiviso dubbi, paure, confusione creata dalle mille delibere.

Abbiamo sostituito finché 'abbiamo potuto i colleghi malati, abbiamo preso in carico i loro pazienti,

finché'ats finalmente ci ha mandato un sostituto.

Abbiamo seguito linee guida comuni, in modo che i pazienti non si trovassero spiazzati e ci siamo creati protocolli comuni, perché', se devo dire, siamo stati abbandonati a noi stessi.

Mentre per l'adulto esistono ambulatori pre Covid in tre postazioni, dove il pz viene visitato, Fatta diagnosi e impostata terapia, per noi non esiste nulla di tutto ciò.

Per fortuna i casi Covid sono stati poco numerosi. Io ho avuto un solo caso, ricoverato in ospedale per altro tipo di problema e risultato positivo al tampone.

Abbiamo avuto e abbiamo ancora contatti stretti di caso e qui le difficoltà 'infinite per ottenere test sierologici e tampone.

Per fortuna dal 10 maggio attraverso il portale Covid segnaliamo un caso sospetto e in pochi gg viene tamponato e anche le quarantene sono più snelle perché abbiamo spesso, non sempre risultati in tempi accettabili.

L'altra cosa bella che questo pessimo virus mi ha se posso dire regalato, è stato il sostegno delle mie mamme.

Non le vedevo, non le sentivo, ma ogni giorno mi arrivava un messaggio di conforto, di sostegno "dottoressa tenga duro. lei è la nostra forza".

E più ricevevo i loro messaggi, più mi sentivo di sostenerle. Un giorno con un post sulla mia pag. fb chiesi un po' di colore- risultato 230 post dei miei bimbi con le loro foto e disegni colorati.

E allora ho capito che l'empatia ti fa superare ogni cosa, anche la paura dello sconosciuto.

Hanno condiviso con me la mia paura di mamma con un figlio che vive a Oxford dove stanno messi anche peggio di noi.

Niente sarà più come prima.

E poi a complicare le cose sono arrivate le sindromi di Kawasaki, da noi per fortuna solo tre casi, ma questo ha buttato nel panico un'altra volta, quando sembrava avessimo raggiunto un minimo equilibrio.

Per non parlare degli effetti collaterali del lock down sui bambini e di quelli della DAD

Ho avuto bambini con incubi importanti, crisi di ansia, piccole forme di depressione, regressione del linguaggio, enuresi notturna.

Non è stato facile gestire le ansie, le preoccupazioni dei genitori e ridare un minimo di equilibrio ai miei piccoli.

Con le mamme abbiamo fatto lunghe chiacchierate al telefono o via skype per evitare contatti diretti assolutamente vietati in ambulatorio

Anche il servizio territoriale UONPIA ci ha dato un grosso aiuto, fornendo consulenze psicologiche, psicoterapie di supporto, anche basandosi su filmati inviati dalle famiglie

Abbiamo in qualche modo, pur nella nostra solitudine lavorativa, impostato attività di collaborazione, condivisione, confronto con tutti i colleghi, con psicologi e npi, con l'ospedale e soprattutto tra noi sul territorio.

Se una cosa il Covid ci ha insegnato, è stata proprio questa- la capacità, anzi la necessità ‘ di interfacciarsi e confrontarsi ogni giorno.

Il caso personale era il caso di tutti, alla ricerca di aiuto, confronto, suggerimenti per non commettere errori di diagnosi, terapia, supporto e follow-up del singolo, ma anche di tutta la famiglia messa in quarantena, con mille difficoltà burocratiche.

La richiesta di tamponi è stato il più grosso scoglio all’inizio, che ci ha messo in seria difficoltà.

Avevamo per fortuna la collaborazione dei due ps pediatrici a noi vicini.

La creazione del portale NCOV da parte di ATS ha semplificato, strada facendo, le problematiche.

La collaborazione con la dermatologia pediatrica di via pace è stata preziosa, così come la condivisione e il confronto con i nostri infettivologi dell’ospedale di Lodi.

Io personalmente ho avuto casi di bimbi, contatti stretti di caso, ma sempre asintomatici che al test sierologico hanno mostrato un alto dosaggio di igG, tampone negativo, mostrando quindi un ‘ottima risposta immunologica di cui però poco sappiamo.

Adesso (4 Giugno 20) la situazione è relativamente tranquilla, anche se sappiamo bene che il Covid non è scomparso, ma come tutti i virus respiratori, nel periodo estivo tende ad essere meno presente

Adesso la sfida è prepararci all’autunno, quando il Covid tornerà insieme a tutti i virus influenzali e parainflenzali e questo sarà un grosso problema.

Simpef e Fimp, i due maggiori sindacati della pediatria sono estremamente favorevoli alla proposta del Ministero della salute, che sta pensando per la prossima stagione di estendere gratuitamente la vaccinazione antiinfluenzale alla fascia d’età tra i sei mesi e i sei anni.

Anche il presidente della Società Italiana di Pediatria ha espresso un parere estremamente favorevole.

Bisognerà trovare un piano attuativo valido.

Questa sarà decisamente un’arma di difesa in più, nel prossimo autunno inverno, quando l’emergenza Covid potrebbe ripresentarsi.

Da non trascurare, anzi raccomandare caldamente l’adesione a tutte le altre vaccinazioni, proposte dal nuovo calendario vaccinale.

Sicuramente il modo di lavorare in studio cambierà totalmente. Non più sale attese affollate, le visite dovranno essere assolutamente necessarie e inevitabili per evitare assembramenti e diffusione del contagio.

Si può pensare a un ottimo triage telefonico, un inquadramento della situazione morbilità nella famiglia.

Per esempio per i bilanci di salute programmati, le cosiddette visite filtro, l’idea è quella di inviare al genitore un questionario, effettuare magari una video chiamata per valutare il bambino nel suo ambiente con le tappe raggiunte, per poi concludere in studio la visita del piccolo come momento insostituibile.

Ma in tal modo molte informazioni verrebbero già acquisite e la permanenza in studio limitata al periodo temporale della visita conclusiva.

Vorrei sottolineare che il modo in cui ci presentiamo al bambino, soprattutto il più piccolo, mascherina, visiera, copricapo, camice, calzari, guanti non facilita certo il rapporto empatico e spesso la visita è molto difficoltosa.

Al contrario il bimbo grandicello è più collaborativo, diventa una specie di gioco in maschera.

Dovremo inoltre trovare modalità di visita per i bimbi con genitori quarantenati.

Da noi purtroppo le USCA pediatriche non esistono e questo complica molto le cose.

Direi che nulla sarà più come prima, il distanziamento sociale è davvero una grossa complicazione.

Quello che mi lascia un minimo di serenità è tutto ciò che siamo riusciti ad apprendere sul meccanismo d'azione di questo virus, che per fortuna non ha creato grossi problemi nella fascia pediatrica.

Certo, lavorare nel modo più asettico possibile, con sale attesa vuote, o al massimo con una coppia genitore figlio rigorosamente con mascherina, non mi fa impazzire.

Il bello del mio lavoro è proprio l'aspetto fisico-empatico con i miei piccoli e questa è la cosa che più mi manca.

Gli studi che da più parti si stanno conducendo su un eventuale vaccino, che a detta di molti potrebbe essere realizzato in primavera-estate 2021, sono un'ottima prospettiva.

Il Covid ha diviso le persone in due gruppi:

alcune sono divenute più arrabbiate, aggressive, incattivite, altre al contrario hanno ritrovato priorità diverse nella vita, hanno riscoperto valori prima trascurati, in primis il valore della famiglia, degli affetti, mettendo in secondo luogo la materialità.

Io spero soltanto di avere ancora in breve tempo sale attesa con bimbi che giocano, mascherine da usare solo come ornamento, possibilità di abbracciare e baciare i miei bambini, salutarsi con un abbraccio anche con le mie mamme.

Dott.ssa Maria Grazia Minoia
Pediatra di Famiglia
Tavazzano con Villavesco –Lodi
mariagrazia.minoia@crs.lombardia.it
mariagrazia.minoia@tin.it

10. “Un virus che fa male anche alle gonadi” di Maria Antonella Bertozzi

Il controllo dell'attività riproduttiva e sessuale configura un meccanismo complesso cui sottende l'integrazione fra sistema nervoso centrale (S.N.C.) nelle sue due componenti, neuroendocrina e comportamentale, sistema nervoso periferico e sistema paracrina ed autocrino presente a livello testicolare. Il controllo neuroendocrino è rappresentato dal sistema ipotalamo ipofisario che esercita una attività endocrina “ classica”, ovvero secrezione di ormoni che entrano in circolo ed arrivano ad organi bersaglio specifici: quindi l'ipotalamo che secerne , con meccanismo molto raffinato e regolato oltre a feed-back specifici anche da ritmi circadiani, neuro ormoni che stimolano l'ipofisi a produrre, fra l'altro, FSH (ormone follicolo stimolante) ed LH (ormone luteinizzante), che arrivano al testicolo per evocare rispettivamente la spermatogenesi e la sintesi degli androgeni, di cui il testosterone è il principale.

L'ipotalamo rilascia anche i così detti “ piccoli neurotrasmettitori” come ad esempio l'ossido nitrico (NO) coinvolti nell'apprendimento, nella memoria, nei sistemi di gratificazione, nei network funzionali cerebrali, primo fra tutti l'area preottica mediale, per l'integrazione-elaborazione delle emozioni e delle afferenze esterne (stimoli tattili, visivi, uditivi, olfattivi, di desiderio, onirici) e, quindi, nel controllo della sessualità, dell'erezione, della riproduzione (è proprio dall'area preottica mediale, per esempio, che parte , in presenza di concentrazioni ottimali di testosterone e di ossido nitrico, la scarica di dopamina necessaria per attivare il nucleo eretto motore dell'ipotalamo e quindi dare inizio all'erezione). A livello testicolare, poi, dove sono presenti due compartimenti strettamente connessi fra loro ma funzionalmente separati, ovvero quello che secerne il testosterone (tessuto di Leydig stimolato dall'LH) e quello responsabile della spermatogenesi (tubuli seminiferi e cellule del Sertoli controllato dall'FSH), si riscontrano, insieme ad altre sostanze ad attività ormonale, gli stesso neuro-ormoni, neuro mediatori, neuro modulatori presenti nel sistema nervoso centrale. Questi esercitano, nel testicolo stesso, un controllo endocrino non del tipo precedentemente ricordato, ma paracrina – ovvero produzione locale di ormoni da parte di un tipo cellulare ed azione di questi su cellule dello stesso organo ed autocrino - ovvero secrezione di sostanze ad attività ormonale per le quali la stessa cellula possiede recettori funzionali di membrana.

Il testicolo esprime molti tipi di recettori fra i quali quelli specifici per l'ACE-2: ecco allora spiegata in parte, poiché esistono anche altri ipotizzati meccanismi lesivi in corso di Covid 19, l'alterazione dell'apparato riproduttivo maschile e del controllo gonadico. Il Sars CoV-2 esercita infatti l'attività lesiva sull'organismo umano in particolare tramite il legame con il recettore ACE-2 espresso in maniera ubiquitaria nell'organismo e massimamente nel testicolo. (1. 2.)

Il recettore è una struttura proteica localizzata a livello della membrana cellulare o a livello intracellulare, in grado di legare un fattore specifico configurando, nel recettore stesso, una modificazione strutturale cui fa seguito una risposta della cellula o un effetto biologico.

Proprio venti anni or sono è stato identificato il **recettore ACE2** (angiotensin converting enzyme2), caratterizzato da una molteplicità di ruoli fra cui controllo inibente del sistema renina-angiotensina-aldosterone, azione facilitante sul trasporto di aminoacidi, attività di recettore per il

SarsCoV, il coronavirus beta, causa della Severe Acute Respiratory Syndrome (manifestatasi in Cina nel 2002) e per il Sars CoV2, causa della attuale pandemia (3. 4. 5.).

Importante sottolineare che l'affinità di legame del SarsCoV-2 con l'ACE2 appare molto più forte rispetto a quella del precedente coronavirus (SarsCoV). Proprio questa alta affinità con l'ACE-2, ubiquitario nell'organismo, giustificherebbe – secondo dati recenti in letteratura- la diffusione a livello globale e la gravità della manifestazione clinica rispetto a quella sostenuta dal SarsCoV con minore affinità di legame (3).

Per ciò che riguarda specificamente il tessuto e la funzionalità gonadica maschile, ricordiamo ancora una volta che i recettori ACE2 sono abbondantemente espressi nel testicolo, a livello delle cellule del Leydig (secernenti testosterone), a livello dei tubuli seminiferi, delle cellule del Sertoli (spermatogenesi), a livello degli spermatogoni, precursori degli spermatozoi.

Oltre al recettore ACE-2 di cui abbiamo accennato, il SarsCoV-2 si lega anche al TMPRSS2, proteina la cui trascrizione è controllata dal recettore per gli androgeni; tale proteina, oltre che nel tessuto prostatico e in altri organi, è presente nei precursori degli spermatozoi, in particolare spermatogoni e spermatidi. La recente bibliografia sottolinea come la terapia antiandrogenica diminuisca il rischio di infezione per il SarsCoV2. Si tratta di una osservazione molto interessante che può aprire spazi terapeutici, ma che necessita, tuttavia, di ulteriori valutazioni poiché il decremento di androgeni, seppure per periodi limitati, può avere effetti collaterali importanti su tutto l'organismo (per esempio, sul tessuto endoteliale e, quindi, cardiovascolare) come vedremo in seguito. (6. 7. 8.) I dati della letteratura inerenti al danno provocato dal SarsCoV-2 sull'apparato riproduttivo maschile, sono controversi (8. 9.) e necessitano di ulteriori ed articolate convalide, tuttavia segnalano, nella maggior parte dei casi, alterazioni sia a livello testicolare che nei sistemi di controllo e nella sintesi ormonale.

Ciò non desta meraviglia poiché da tempo è noto come infezioni batteriche e virali siano in grado di determinare alterazioni importanti in ambito sessuale e riproduttivo, fino all'infertilità. Una notevole famiglia di virus come l'HIV, il virus della parotite, dell'influenza, i coxsackie virus, lo Zika virus (flavivirus simile a quello della febbre gialla, della dengue etc.) trasmesso dalla puntura di zanzara, possono determinare orchite con conseguente ipo-infertilità. Quasi tutti questi virus sono presenti, durante l'infezione, nel liquido seminale e sono sessualmente trasmissibili, così come i virus dell'epatite C (HCV) e B (HBV), i più diffusi nella popolazione; comportano danneggiamento diretto degli spermatozoi, alterazione della secrezione ormonale, disregolazione delle citochine infiammatorie, alterazione delle cellule endoteliali peritubulari (ovvero intorno ai tubuli seminiferi, sede della spermatogenesi), decremento della sintesi del testosterone nelle cellule del Leydig, alterazioni strutturali delle cellule dei tubuli seminiferi. Ampiamente descritto, poi, in letteratura l'effetto mutageno dell'HBV sui cromosomi degli spermatozoi umani con netto incremento delle aberrazioni cromosomiche possibilità di trasmissione verticale, ovvero alla prole, del virus stesso (11. 12.)

Come dicevamo precedentemente, non meraviglia, quindi, che il SarsCoV-2 comporti, a sua volta, secondo quanto riportato in letteratura, alterazioni dell'apparato riproduttivo maschile con meccanismo agito direttamente sul testicolo cui si associa, probabilmente, un meccanismo di disregolazione neuroendocrina-ormonale.

Inoltre è realistico pensare, ricordando che il virus si riscontra nel liquido seminale di pazienti infetti, che sa presente una trasmissione per via sessuale. Valutare in maniera approfondita questo aspetto è di fondamentale importanza per la prevenzione (13. 14.).

La concentrazione del testosterone non appare significativamente diminuita nei soggetti con Covid19, mentre si riscontrano un incremento drastico dell'LH (ormone prodotto dall'ipofisi sotto input del GnRh ipotalamico che, a sua volta, stimola il testicolo a produrre testosterone), con conseguente ed altrettanto significativo decremento del rapporto testosterone-LH. È ben conosciuto il sistema di feedback negativo esercitato dal testosterone sulla secrezione ipofisaria di LH: negli stadi precoci dell'ipogonadismo (ovvero della carenza di androgeni, nello specifico di testosterone), una alterata produzione di testosterone da parte del testicolo può essere, per così dire camuffata, dall'incremento dell'LH che riesce, per un certo periodo di tempo, a mantenere normali i livelli di testosterone stesso. Il decremento del rapporto testosterone-LH, rapporto che configura uno dei parametri più importanti per la valutazione della funzione gonadica, deve essere considerato, quindi, come il primo momento di una successiva carenza di androgeni e deve essere monitorizzato con regolarità nel follow up post Covid 19 (15. 16.).

Infatti il decremento relativo o assoluto di testosterone, determina, a livello dell' organismo maschile, tutta una serie di eventi ben conosciuti che vanno dalla iperespressione dei radicali liberi con stato pre-pro aterogenetico e vasocostrittivo, alla disfunzione ed alterazione morfologica del tessuto endoteliale causa di patologia cardiovascolare solitamente preceduta da deficit erettivo (il deficit erettivo costituisce un fattore di rischio e marker indipendente di patologia cardio vascolare, coronarica ostruttiva e non ostruttiva, vascolare cerebrale, soprattutto in soggetti giovani anche in assenza di fattori di rischio e di altra sintomatologia); dalla sindrome metabolica (ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia, resistenza all'insulina, ridotta tolleranza ai glicidi fino ad arrivare al diabete, ipertensione) all'osteoporosi con incremento delle fratture spontanee , alla diminuzione della massa muscolare, e, ovviamente, all'infertilità (7. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27.).

Molto interessante, il riscontro di elevati livelli di prolattina (PRL) nei soggetti infetti da SarsCoV-2, ormone che risponde alla situazione di distress ed esplica azione inibitoria sul controllo neuroendocrino gonadico e, quindi, sulla sintesi di testosterone e di spermatozoi.

Per ciò che riguarda le modificazioni morfologiche e funzionali degli spermatozoi, in corso di CoVid 19, le osservazioni derivano, chiaramente, dai casi clinici valutati e ciò rappresenta un limite per l'analisi dei dati stessi (28.); è ipotizzabile, tuttavia, che i riscontri sul liquido seminale siano molto simili a quelli rilevati in corso di altre viremie, già precedentemente ricordati, forse ancor più evidenti per l'alta affinità del SarsCoV2 con i recettori ACE2 e TMPRSS2, quest'ultimo espresso in elevate concentrazioni, non solo a livello testicolare e nei precursori degli spermatozoi, come già ricordato, ma anche nelle vescichette seminali e nell'epididimo, oltre che nel rene e nella prostata (29) .

Da quanto precedentemente detto risulta chiara l'importanza di una politica di prevenzione finalizzata a salvaguardare la funzione riproduttiva e sessuale. La patologia da SarsCoV2, aggrava, infatti, una situazione sanitaria precedente già delicata: analizziamola rapidamente.

L'infertilità, ovvero l'incapacità di concepire spontaneamente dopo un anno di rapporti non protetti, è un problema che riguarda più del 20% di coppie in età fertile (dati ISTAT) e rappresenta una patologia sociale, secondo la definizione dell'OMS. Le cause etiopatogeniche sono molteplici e, fra queste, le modificazioni socio-culturali giocano un ruolo assolutamente significativo. Ci riferiamo alle cause ambientali, alimentari, comportamentali: l'attività sessuale precoce non controbilanciata da una corretta educazione sessuale ha portato ad un incremento esponenziale

delle malattie sessualmente trasmesse (1 su 4 adolescenti fra i 13 e i 19 anni contrae una malattia sessualmente trasmessa dopo un rapporto sessuale: 340 milioni di casi all'anno escluso HIV, di cui 111 milioni con età inferiore a 25 anni); - la dipendenza, con specifico riferimento al THC ed alla cocaina il cui utilizzo è riscontrato nel 25,9% di soggetti fra i 15 ed i 19 anni e nel 33% della popolazione adulta (Relazione annuale al Parlamento 2019 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia Dipartimento Politiche Antidroga), costituisce la prima causa di infertilità di coppia in USA ed una delle prime cause anche in Italia; le sostanze ricordate interagiscono direttamente con gli spermatozoi alterandone la struttura ed il DNA -la contaminazione alimentare da pesticidi e da additivi, accidentali e volontari, è di comune riscontro (30. 31.).

I momenti etiopatogenetici ricordati sopra determinano una netta riduzione della capacità riproduttiva interferendo con i sistemi di controllo neuroendocrini, alterando la morfologia, la struttura ed il DNA spermatozoario e con ripercussioni che interessano tutto l'organismo (patologia cardiovascolare, dismetabolica, osteoporosi etc). A ciò consegue una riduzione statisticamente significativa dell'aspettativa e della qualità di vita, con incremento della spesa socio-sanitaria anche per il ricorso alle tecniche di PMA. Da sottolineare inoltre un aspetto di grande rilevanza, costituito dall'aumento dell'incidenza del tumore testicolare che rappresenta la neoplasia più frequente fra i 16 ed i 35 anni e che, nel 60% dei casi , si associa proprio ad infertilità (34).

Anche il deficit erettivo costituisce una malattia sociale ; l'incidenza di tale patologia si attesta infatti al 12,8% fra i 18 e gli 80 anni di età, con incremento fino al 50-70% in alcune fasce di popolazione. Il tessuto che forma i corpi cavernosi del pene e che costituisce l'effettore ultimo dell'erezione è l'endotelio, presente ubiquitariamente nell'organismo (400 metri quadrati di superficie) ed in particolare a livello cardiaco (dove controlla l'attività inotropica del ventricolo sinistro) e a livello cerebrale (ove, fra le varie funzioni, svolge quella di supporto metabolico all'attività neuronale). La disfunzione erettile precede, come accennato, di circa tre anni la patologia cardiovascolare ed è correlata con l'incremento statisticamente significativo della patologia e della mortalità cardiovascolare. E' molto interessante sottolineare che la patologia, una volta appannaggio di fasce di età medio alta, si riscontra attualmente in maniera sempre più elevata anche nei soggetti giovani, per tutta una serie di modificazioni socio-culturali, già ricordate sopra e che comportano, fra l'altro, un decremento importante del testosterone, ormone fondamentale nel maschio alla funzionalità dell'endotelio e quindi del sistema vascolare (7. 8. 22. 37.) .Il decremento del testosterone determina a sua volta l'estrinsecazione di patologie come l'obesità, la sindrome metabolica, la demineralizzazione ossea, l'osteoporosi, l'incremento dello stato ossidativo con situazione pre-aterogenetica, vasocostrizione generalizzate, quindi ,come detto, patologia cardiovascolare. E' chiaro, allora, come il deficit erettivo debba esser valutato quale sintomo importante di una malattia sistemica che incide su durata e qualità di vita (24. 7.). Il deficit dell'endotelio progredisce in tappe successive, dalla disfunzione funzionale, all'espressione di antigeni normalmente non presenti sull'endotelio stesso ma per i quali esistono anticorpi costitutivi circolanti, fino alla internalizzazione del sistema antigene-anticorpo per diapedesi e quindi con vera lesione endoteliale strutturale e vascolare. La possibilità di studiare in tempo reale ogni singolo paziente affetto da deficit erettivo, dal punto di vista andrologico, cardiologico clinico con esami mirati e metabolico, permette di evidenziare i soggetti a rischio cardiovascolare e di trattarli adeguatamente. Diagnosticare e trattare precocemente la disfunzione erettile significa quindi risolvere il quadro patologico e prevenire l'estrinsecazione del quadro cardiovascolare: si garantisce al paziente una buona qualità di vita e si ottiene una diminuzione importante della spesa socio-sanitaria. Si calcola, infatti, che nei Paesi dell'Unione Europea i costi annui della patologia

cardiovascolare raggiungano complessivamente i 195 miliardi di euro: di questi, 106 miliardi sono dovuti a costi sanitari diretti, 46 miliardi a perdita di produttività e 43 miliardi a spese per le cure “informali”. L'Italia ben si posiziona in questa stima, sostenendo, solo per i costi sanitari diretti per pazienti cardiovascolari, una spesa complessiva annua di circa 14,5 miliardi di Euro.

Da quanto detto risulta evidente che ora più che mai è necessaria, in particolare per chi desideri una procreazione responsabile, l'attuazione di un iter diagnostico terapeutico multidisciplinare per il singolo individuo e la coppia prima e dopo l'ottenimento della genitorialità che permetta la reale attuazione di una politica di prevenzione da tutti usufruibile.

L'esame del liquido seminale, o spermocitogramma, con i test di funzionalità di membrana e la valutazione delle caratteristiche del DNA (test di frammentazione) resta un caposaldo nello studio della fertilità maschile particolarmente dopo infezione da SarsCoV2 e deve essere ripetuto nel tempo (tre, sei, nove mesi almanco) come follow up non solo dell'aspetto riproduttivo ma anche dello stato di salute dell'organismo di cui costituisce un indice attendibilissimo (38. 39.). Quando possibile, la ricerca del SarsCoV-2 sul liquido seminale dei pazienti che hanno presentato la malattia, così come in quelli asintomatici con esami sierologici e tampone orofaringeo positivi e nei soggetti con presenza di IgG specifiche per il SarsCoVid-2 e tampone negativo, costituirebbe un aspetto essenziale di prevenzione oltre che di dato epidemiologico.

Di pari passo deve essere valutato l'assetto ormonale (LH, FSH, PRL, Testosterone, rapporto testosterone - LH etc etc) per prevenire , quando possibile, diagnosticare e trattare il più precocemente possibile la carenza di testosterone che tante sequele negative comporta, come abbiamo visto su tutto l'organismo, sulla vita sessuale, riproduttiva e di relazione.

Bibliografia

1. Forrester SJ et al Angiotensin II signal transduction: an update on mechanism of physiology and pathophysiology *Physiol Rev* 2018 Jul 1; 98(3):1627-1738
2. Zhang J et al. Bioinformatic analysis reveals that the reproductive system is potentially a risk from Sars-CoV-2. *Bioinformatic analysis of reproductive system. Preprints (www.preprints.org) | NOT PEER-REVIEWED | Posted: 21 February 2020 © 2020 by the author(s). Distributed under a Creative Commons CC BY license. Preprints (www.preprints.org) | NOT PEER-REVIEWED | Posted: 21 February 2020 doi:10.20944/preprints202002.0307.v1*
3. Gheblawi M et al Angiotensin converting enzyme 2: Sars-CoV-2 receptor and regulator of the renin-angiotensin system. Celebrating the 20th anniversary of the discovery of ACE2. *Circulation Research* 2020 ; 126:1: 1457-1475 . Review
4. Hin Chu et al Comparative tropism, replication kinetics, and cell damage profiling of SARS-CoV-2 and SARS-CoV with implications for clinical manifestations, transmissibility, and laboratory studies of COVID-19: an observational study. *The Lancet Microbe*. 2020 May; 1(1): e14–e23. Published online 2020 Apr 21. doi: 10.1016/S2666-5247(20)30004-5
5. Xiuyuan Ou et al Characterization of spike glycoprotein of SARS-CoV-2 on virus entry and its immune cross-reactivity with SARS-CoV *Nat Commun*. 2020; 11: 1620. Published online 2020 Mar 27. doi: 10.1038/s41467-020-15562-9
6. Montopoli M et al Androgen-deprivation therapy for prostate cancer and risk of infection by SarsCoV-2: a population-based study (n= 4532) *ESMO*. May 06, 2020 DOI: <https://doi.org/10.1016/i.annonc.2020.04.479>

7. Deng C et al Analysis of cardiovascular risk factors associated with serum testosterone levels according to the US 2011-2012 National Health and nutrition examination survey *The Aging Male* 2018
8. Androschuk V et al Erectile dysfunction : a window to the heart *BMJ* 2015 April
9. Song C et al Absence of 2019 novel coronavirus in semen and testes of COVID-19 patients *Biology of Reproduction*, ioaa050, <https://doi.org/10.1093/biolre/ioaa050> Published:16 April 2020
10. Paoli D. et al Study of SARS-CoV-2 in semen and urine samples of a volunteer with positive naso-pharyngeal swab *J Endocrinol Invest.* 2020 Apr 23 : 1–4. doi: 10.1007/s40618-020-01261-1 [Epub ahead of print
11. Huang J-M et al Effects of hepatitis B virus infection on human sperm chromosomes *World J Gastroenterol.* 2003 Apr 15; 9(4): 736–740. Published online 2003 Apr 15. doi: 10.3748/wjg.v9.i4.736
12. Matusali G. et al Zika virus infects human testicular tissue and germ cells *J Clin. Invest.* 2018 Oct 1; 128 (10): 4697-4710
13. Diangeng Li et al Clinical characteristics and results of semen tests among men with coronavirus disease 2019. *Jama Network Open*,2020;3(5) :e208292.doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8292.
14. Cardona Maya WD et al SARS-CoV-2 and the testis: similarity with other viruses and routes of infection. *RBMO* Volume 40, ISSUE 6, P763-764, June 01, 2020
15. Illiano E et al Could COVID-19 have an impact on male fertility? *Andrologia.* 2020 May 21 : e13654. doi: 10.1111/and.13654 [Epub ahead of print]
16. Ling Ma et al Effect of Sars-CoV-2 infection upon male gonadal function: a single center based study doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.21.20037267>
17. Jia-Y Dong BS et Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta –analysis of prospective cohort studies *Journal of American College of cardiology* 2011 September
18. Jackson G Erectile dysfunction and cardiovascular disease *Arab Journal of Urology* 2013 September
19. Capogrosso P et al Erectile dysfunction in young patients is a proxy of overall men’s health status *Current Opinion* 2016 March 26,2
20. Nguyen HMT et al Erectile dysfunction in young men-A review of the prevalence and risk factors.*Sexual Medicine Reviews* May 2017
21. Watts GF et al The erectile-endothelial dysfunction nexus: new opportunities for cardiovascular risk prevention *Nat Clin Cardiovasc Med* 2007
22. Cai JJ et al Androgen actions on the endothelium functions and cardiovascular diseases *J Geriatric Cardiol* 2016 Feb
23. Shoskes DA et al Improvement of endothelial function following initiation of testosterone replacement therapy *Transl Androl Urol* 2016 Dec
24. Garcia-Cruz E et al Metabolic syndrome in men with low testosterone levels: relationship with cardiovascular risk factors and comorbidities and with erectile dysfunction *J Sex Med* 2013
25. Groti K The impact of testosterone replacement therapy on glycemic control, vascular function, and components of the metabolic syndrome in obese hypogonadal men with type 2 diabetes *The Aging male* 21, 2018
26. Bliuc D et al Risk of subsequent fractures and mortality in elderly women and men with fragility fractures with and without osteoporotic bone density: the Dubbo osteoporosis epidemiology study. *J. Bone Miner Res* 2015 Apr; 30(46):637-46

27. Wilson T et al. The clinical epidemiology of male osteoporosis: a review of the recent literature. *Clinical Epidemiol.*2015;7:65-76
28. Corona G. et al SARS-CoV-2 infection, male fertility and sperm cryopreservation: a position statement of the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS) (Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità) *J Endocrinol Invest.* 2020 May 27 : 1–5.
29. Shangqian Wang, et al The need for urogenital tract monitoring in COVID-19 *Nat Rev Urol.* 2020 Apr 20 : 1–2. doi: 10.1038/s41585-020-0319-7 [Epub ahead of print]
30. Finch J et al Air pollution induced vascular dysfunction: potential role of endothelin1 (ET-1) system . *Cardiovasc Toxicol* 2016 July
31. Istituto Superiore di Sanità: presenza degli idrocarburi policiclici aromatici negli alimenti
Beatrice Bocca et al *Rapporti ISTISAN* 03/22 2016
32. Governo Italiano Dipartimento politiche antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri
Relazione Annuale al Parlamento 2019 inerente l'anno 2018 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia
33. Verze P et al The role of the prostate in male fertility, health and disease. *S.Nat Rev Urol.* 2016 Jul;13(7):379-86
34. Rogers MJ et al Male Infertility and Risk of Cancer. *Semin Reprod Med.* 2017 May;35(3):298-303. Review.
35. Du Plessis J et al Marijuana, phytocannabinoids, the endocannabinoid system, and male fertility. *J Assist Reprod Genet* 2015 Nov 32.
36. Hillary W et al Role of reactive oxygen species in male infertility: an update review of literature *Arab Journal of Urology* 2018 16
37. Akre S et al The Evolution of Sexual Dysfunction in Young Men Aged 18-25 Years. *J Adolesc Health.* 2014 Jul 15.
38. Choy JT et al Male infertility as a window to health .*Fertil Steril.* 2018 Oct; 110(5):810-814. Review.
39. Katz DJ et al Male infertility - The other side of the equation. *Fam Physician.* 2017 Sep; 46(9):641-646.

Dott.ssa Maria Antonella Bertozzi
Direttore Unità Operativa Complessa di Andrologia
Centro di Coordinamento Regionale per
la Salute Riproduttiva ed il Deficit Erettivo
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

11. *“I nostri occhi come finestra di ingresso del virus?”* di L.Lombardi e E.Moretti

*“L’anima è la nostra dimora,
i nostri occhi sono le sue finestre”
Kahlil Gibran*

Il virus che ha contagiato il mondo, apparentemente non risparmia alcun organo.

Alla luce delle recenti scoperte relative alla presenza e persistenza del virus nel fluido lacrimale, l’occhio ne risulta essere una **potenziale porta di ingresso**. Ciò avviene tramite la congiuntiva. Da qui il virus si avventura, trasportato dalle lacrime nei canali lacrimali per poi raggiungere il naso e le vie respiratorie.

La **congiuntivite**, un’infezione della superficie interna della palpebra, la congiuntiva appunto, può essere provocata da batteri, virus o fattori allergici; è una malattia di facile risoluzione, ma che richiede sempre una cura specifica, da intraprendere fin dai primi sintomi per evitare complicanze o ricadute. Questa infiammazione che si manifesta con occhi arrossati, fotofobia e secrezione, potrebbe essere in certi casi un campanello d’allarme della presenza del virus nell’organismo. Da non sottovalutare la comparsa simultanea di tali sintomi in entrambi gli occhi.

E’ risaputo che il virus SARS-CoV-2 responsabile della pandemia COVID-19 (**CO**rona **VI**rus **D**isease) è presente in tutti i liquidi e le secrezioni organiche, in particolare nella saliva, nella secrezione nasale e nelle lacrime. Essendo molto virulento, con alto grado di contagiosità, è facilmente trasmissibile ad altri soggetti mediante il semplice contatto delle mani.

La presenza dell’RNA del SARS-CoV-2 anche nel fluido lacrimale e nelle secrezioni oculari dei pazienti positivi al virus è stata dimostrata dai ricercatori dell’Istituto Nazionale Malattie Infettive Spallanzani di Roma. Partendo da un tampone oculare di una paziente positiva, gli scienziati hanno dimostrato che quest’ultima presentava una congiuntivite bilaterale e hanno evidenziato la prolungata persistenza del Sars-CoV-2 nell’apparato oculare, anche quando i campioni del distretto respiratorio non mostravano più tracce del virus. I campioni respiratori della paziente, infatti, a tre settimane dal ricovero risultavano ormai negativi, mentre il campione oculare era ancora debolmente positivo sino a 27 giorni dal ricovero. Si tratta di un dato molto importante, ufficialmente divulgato anche dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per le importanti ricadute sul piano della salute pubblica in quanto dimostra che l’apparato oculare costituisce una potenziale via di contagio.

Come sono cambiate le visite?

A lockdown terminato, tanta la volontà di riprendere la vita precedente, coscienti però che abitudini e quotidianità non potranno più essere le stesse. Si ricorderà questo tempo di epidemia come uno spartiacque. Due mesi che hanno trasformato il mondo, una divisione storica tra due tipi di esistenze, pre e post-Covid.

Fondamentale sarà la capacità di conciliare le esigenze lavorative in ogni settore con le nuove disposizioni, per offrire al paziente un ritorno alla normalità in totale sicurezza. In campo oftalmico la chiusura improvvisa di un'alta percentuale di attività ambulatoriali e chirurgiche ha arrestato il percorso terapeutico di molti pazienti compromettendo in certi casi la loro integrità visiva. È perciò fondamentale, soprattutto per i pazienti portatori di patologie oculari importanti, quali ad esempio glaucoma e maculopatia, non rimandare ulteriormente i dovuti controlli e le terapie chirurgiche, i cui benefici sono evidenti solo se i trattamenti vengono effettuati con regolare continuità.

In ambito oftalmologico, dove la vicinanza medico-paziente è minima, ogni paziente sottoposto a visita oculistica viene valutato come un potenziale portatore di virus e di conseguenza trattato con estrema cautela. Immediati sono stati i provvedimenti adottati e per visite ambulatoriali e procedure chirurgiche.

Il Centro Oculistico Quattroelle ha aderito alle linee guida dell'American Academy of Ophthalmology, che prevede:

- la predisposizione della sala d'attesa con sedute alternate per mantenere distanza di sicurezza
- un "triage" telefonico (parola ormai tristemente conosciuta) per valutare lo stato di salute del paziente al momento della prenotazione
- il controllo della temperatura *contactless* e un'autocertificazione da firmare all'ingresso
- l'accesso consentito con al massimo un solo accompagnatore e solo se muniti di mascherina e guanti monouso forniti dal Centro.

Gli ambulatori sono stati sanificati a fondo, la strumentazione e gli arredi disinfettati da candeggina o soluzioni a base alcolica per almeno il 70% prima e dopo ciascuna visita. Le lampade a fessura e gli strumenti di visita sono ora dotati di schermi protettivi *anti-droplets*. Tutto il personale presente in struttura è dotato di appositi DPI, quali guanti monouso, mascherine filtranti per uso sanitario tipo FFP2 e occhiali e visiere protettive. Ancora in sala d'aspetto sono stati rimossi quotidiani e riviste, in quanto possibili veicoli di trasmissione.

Come è cambiata la chirurgia?

Un altro interessante capitolo in questo periodo di pandemia è stato l'approccio alla chirurgia. Tutte le procedure di disinfezione e protezione, già in precedenza estremamente scrupolose, sono state ulteriormente implementate.

Da diversi anni la scelta dei materiali intraoperatori è stata indirizzata verso i cosiddetti *disposable*, ossia usa e getta; infatti, oltre ai materiali consumabili, come la sostanza viscoelastica, le soluzioni sterili per irrigare la superficie oculare, i bisturi o le punte che emettono gli ultrasuoni per la facoemulsificazione del cristallino, anche la stessa strumentazione per le diverse procedure chirurgiche, dapprima in acciaio o titanio risterilizzabili, oggi trova grande riscontro in materiali altamente rifiniti, in plastica rigida e destinati al singolo utilizzo. Sono dunque nati veri e propri *custom pack, single use* ideati per eseguire accurata chirurgia e destinati ad un solo intervento, senza dover ricorrere alla risterilizzazione degli stessi durante la seduta operatoria.

E per i portatori di lenti a contatto?

Un qualche allarme si è creato tra gli utilizzatori di lenti a contatto. Da un lato si hanno notizie confortanti relative alla loro fabbricazione: i più grandi produttori garantiscono l'osservanza di misure di sicurezza molto rigide, ambienti puliti e sicuri e processi automatizzati caratterizzati da elevati standard igienici. Da tenere inoltre presente che la fabbricazione delle lenti a contatto è operata totalmente da macchinari appositi, per cui non vi è contatto diretto fra prodotto e personale.

Per contro, ciò che ha creato allarme negli utilizzatori di lenti a contatto è stato lo studio relativo alla persistenza del Coronavirus sui materiali sintetici. È stato evidenziato che il tempo di sopravvivenza medio del virus sul silicone, materiale di cui sono costituite la maggior parte di lenti a contatto, è di **5 giorni**.

La comunità scientifica oftalmologica si è rivelata d'accordo nel consigliare di sospenderle o **diminuirne l'utilizzo**; infatti chi ne ha la possibilità dovrebbe preferire l'utilizzo degli occhiali alle lenti. In questo modo il rischio di contaminazione ed eventuale contagio si ridurrebbe in maniera considerevole. Se ciò non fosse tuttavia possibile, è fortemente consigliabile l'utilizzo di **lenti a contatto usa e getta giornaliere**. Di fondamentale importanza, un'accurata igiene mediante lavaggio delle mani per almeno 40-60 secondi evitando di toccare viso, naso, bocca e nello specifico occhi. Rimane assolutamente controindicato l'utilizzo di lenti a contatto in presenza di irritazione, bruciore, secrezione oculare e anche in presenza di soli sintomi di natura semi-influenzale.

Com'è cambiata la relazione umana oculista-paziente?

Il tempo post-Covid è sicuramente tempo di riflessione, responsabilizzazione e maturazione collettiva. Si dice che ciò che non uccide fortifica; imperativo perciò trovare o per lo meno cercare di trovare benefici e vantaggi anche da una situazione di criticità come quella in corso.

La relazione medico-paziente è ovviamente cambiata. Una certa tensione a ricordo di un possibile contagio non ci abbandona mai. E poi manca sicuramente a tutti il sorriso nascosto dalla mascherina. Per contro, una sala d'aspetto composta, non affollata e distribuita in modo regolare, pazienti che vi accedono puntuali e, se non strettamente necessario, non accompagnati, contribuiscono alla creazione di un ambiente di lavoro più rilassante per tutti.

Receptionist, operatori, medici, pazienti non possono non percepire una realtà più rallentata, più silenziosa e forse più umana. Sicuramente questa, non solo in campo oculistico, una delle conquiste post-Covid.

Luisella Lombardi
Dott. Enea Moretti
CENTRO OCULISTICO QUATTROELLE

www.quattroelle.org info@quattroelle.org

(Fonti: Società Oftalmologica Italiana - L'oculista Italiano - American Academy of Ophthalmology - Journal of Hospital Infection)

12. *“Coinvolgimento delle strutture oculari e infezioni da Covid19”* di P. Salvetti

Cosa sappiamo di COVID19 rispetto alle sue possibili manifestazioni oculari e al rischio che venga trasmesso attraverso il contatto con lacrime e secrezioni oculari?

In realtà purtroppo abbiamo ancora pochi dati di buona qualità su cui basare le nostre conclusioni, i vari report presenti in letteratura sono al momento limitati e spesso in contraddizione tra loro, per cui affermazioni definitive in un senso o in un altro sono per il momento premature.

Cerchiamo quindi di fare un po' d'ordine in quello che sappiamo.

La prima descrizione di un'associazione tra congiuntivite e coronavirus umano risale al 2004, quando durante la prima epidemia di SARS-CoV venne riportato il caso di un bambino di sette mesi che presentava congiuntivite in associazione a bronchiolite. Nel 2005 un'analisi retrospettiva su una serie pediatrica associava questa manifestazione oculare nei piccoli pazienti ricoverati a sintomi quali bronchiolite, polmonite, otite e faringite. Questo studio è stato il primo ad isolare la presenza di RNA virale nelle lacrime e ad enfatizzare la possibilità di trasmissione attraverso le secrezioni oculari, sebbene il meccanismo non sia tutt'ora stato chiarito.

Fortunatamente questa prima ondata epidemica non è persistita nella popolazione, e di conseguenza anche dal punto di vista scientifico vi è un salto temporale significativo: tra il 2005 e il 2019 sono stati pubblicati solo 4 lavori scientifici a questo proposito, e tre di questi riguardavano modelli sperimentali utilizzati per cercare di meglio comprendere i possibili meccanismi di infezione.

Nel corso dell'epidemia di COVID iniziata a fine 2019 si è palesato un rinnovato interesse nel valutare la via congiuntivale come una possibile fonte di trasmissione, anche se purtroppo l'urgenza del momento ha prodotto spesso report incompleti o su numeri molto limitati di pazienti. Le serie più numerose, come per esempio un'analisi effettuata su 1099 pazienti, in realtà hanno riportato la presenza di “congestione congiuntivale” solamente nello 0.8% dei casi e dunque in una piccolissima percentuale di pazienti. Tuttavia sono presenti numerosissimi rapporti aneddotici di occhi fortemente arrossati come sintomo iniziale che precedeva la polmonite.

Dal Canada è giunta la segnalazione di un caso di COVID19 la cui iniziale modalità di presentazione è stata una cheratocongiuntivite, dunque un'inflammatione contemporanea di cornea e congiuntiva. Questa paziente non aveva altri sintomi significativi, tranne rinorrea e congestione nasale, con minima tosse esattamente come ci si potrebbe aspettare con un banale raffreddore.

Dal Brasile giunge invece una lettera pubblicata su Lancet che riporta possibili manifestazioni a livelli della retina in corso di COVID 19.

La lettera si riferisce a 12 adulti nei quali è stato possibile documentare all'OCT (Tomografia Ottica a Luce coerente, una sorta di TAC dell'occhio ed in particolare della retina) alcune lesioni a livello di strati precisi delle cellule retiniche.

In particolare, sembrano alterati in maniera puntuale gli strati delle cellule ganglionari e dello strato plessiforme interno: queste cellule sono di fatto parte del Sistema Nervoso Centrale e possono risultare compromesse in diverse patologie. In questo caso però le lesioni non si accompagnavano ad un assottigliamento del complesso delle cellule ganglionari, cosa che generalmente avviene quando queste subiscono danni irreversibili. Anche questa segnalazione ha purtroppo molti limiti, oltre alla scarsa mole del campione analizzato: le immagini sono state eseguite a distanza di 11-33 giorni dall'inizio dei sintomi, dunque relativamente precocemente, e non si può quindi escludere che un eventuale danno non si sia ancora prodotto in maniera visibile. Quattro di questi pazienti presentavano anche sottili essudati cotonosi e microemorragie lungo le arcate vascolari, ma questi segni sono abbastanza aspecifici e difficilmente attribuibili in maniera univoca all'infezione da COVID 19.

Per quanto riguarda l'eventuale meccanismo di trasmissione a livello dell'occhio vi sono tre ipotesi principali anche se al momento nessuna è stata ancora dimostrata con certezza:

- 1- Inoculazione diretta della congiuntiva da parte di droplets salivari infette rilasciate da parte di soggetti portatori
- 2- Migrazione dell'infezione dalle vie aree superiori attraverso il dotto nasolacrimale
- 3- Infezione della ghiandola lacrimale a partire da virus presente nel sangue

La ricerca di RNA virale tramite RT-PCR ha dimostrato la presenza di SARS-CoV-2 nelle lacrime e nel secreto congiuntivale di pazienti affetti da polmonite da COVID 19 che presentavano segni di congiuntivite. Al contrario, pazienti affetti da polmonite ma senza segni di congiuntivite non hanno dimostrato la presenza di RNA virale. Il limite dello studio è quindi quello di avere unicamente eseguito RT-PCR e non anche colture virali, e non siamo dunque in grado di stabilire con certezza se l'RNA rinvenuto sia anche in grado di infettare realmente le cellule.

In assenza di evidenze cliniche con solide basi statistiche possiamo tentare ad analizzare la cosa a livello teorico: al momento sappiamo che, perché il virus possa infettare una cellula, serve un recettore particolare (l'ACE2 – enzima di conversione dell'angiotensina) che possiamo considerare come la porta d'ingresso utilizzata dal virus. Questo recettore fa parte di un sistema più complesso, denominato Sistema Renina Angiotensina (RAS), che ha un ruolo fondamentale nella regolazione della pressione sanguigna. E' interessante notare che molti organi, incluso l'occhio, hanno un sistema renina angiotensina proprio, parallelo a quello localizzato nel sistema circolatorio, che svolge importanti funzioni regolatorie a livello dei tessuti .

Nell'occhio il recettore ACE2 è sicuramente presente a livello dell'umore acqueo, mentre altre proteine cruciali per il sistema renina-angiotensina(RAS) sono state descritte in molte strutture oculari inclusa la retina e il nervo ottico.

A livello di cornea e congiuntiva, ci sono poche evidenze dell'espressione di queste proteine in queste sedi, anche se uno studio effettuato su un modello in vitro ha dimostrato l'espressione di ACE2 sulla congiuntiva e sulla cornea, e ha confermato che le cellule congiuntivali e corneali possono legarsi alle proteine spike del SARS-CoV2. Al momento vi è un unico case report di virus sviluppato dalla coltura di cellule prelevate a livello congiuntivale.

Inoltre, essendo la congiuntiva un tessuto altamente vascolarizzato e data l'espressione di ACE2 sulla superficie delle cellule endoteliali dei vasi, non si può escludere che la manifestazione oculare di SARS-CoV2 possa essere quella di una vasculite transitoria.

Non avendo a disposizione solida evidenza clinica, possiamo guardare a modelli animali per capire se in questi la patologia possa manifestarsi a livello oculare, ed eventualmente in che forma ed in diversi di essi è stata verificata questa possibilità, anche con sintomi gravi.

Nei gatti il Coronavirus provoca una peritonite infettiva che è associata comunemente a infiammazione dei vasi e delle strutture oculari sotto forma di vasculite, uveite anteriore poligranulomatosa e coroidite con distacco di retina.

Ancora più interessante è il comportamento COVID19 nel topo: esistono due modelli sperimentali, uno utilizzato per provocare delle neuriti ottiche virali ed uno che viene utilizzato per studiare la risposta genetica dell'ospite ed il suo possibile contributo alle patologie retiniche (questo modello è conosciuto come il modello sperimentale di retinopatia da CoV - modello ECOR)

Due ricercatori italiani suggeriscono che il modello ECOR possa dare spunti interessanti per lo studio della risposta immunitaria al virus. Sembra infatti che ci siano due fasi distinte della malattia: una prima che induce l'attivazione del sistema immunitario ed una seconda che è verosimilmente una malattia autoimmune in cui il ruolo della severa infiammazione post virale merita un intervento rapido.

Utilizzando il modello ECOR, è stato dimostrato che il COVID19 del topo ha una particolare affinità per la retina, ed in particolare per la neuroretina, indipendentemente dalla via utilizzata per introdurre il virus nell'organismo. A dieci giorni dall'infezione però, unicamente le cellule ganglionari risultano essere ancora infettate, mentre le altre strutture retiniche eliminano spontaneamente il virus, e questo nonostante il 26% degli animali osservati presenti ancora una infiammazione molto significativa a livello della maggior parte delle strutture oculari osservate. I ricercatori hanno mostrato che l'infezione virale porta ad una progressiva compromissione di tutte le strutture del tessuto retinico, compresi i fotorecettori e l'epitelio pigmentato. È interessante notare che l'infezione induce una fibrosi delle cellule dell'EPR oltre ad una moderata atrofia retinica a lungo termine, cosa che ricorda molto la fibrosi polmonare ben nota nelle infezioni da COVID19.

Riguardo allo specifico coinvolgimento vascolare, un'infiammazione massiccia porta ad un danneggiamento delle pareti vascolari (quindi sia arteriose che venose), che si evidenzia come perdita di continuità ed extravasazione dei globuli rossi nei tessuti circostanti: in modo analogo le trombosi polmonari multiple osservate nei casi di COVID19 sembrano essere il risultato di una infiammazione interstiziale in cui i trombi ialini del microcircolo potrebbero essere indotti dalla perivasculite che colpisce i vasi immersi nel tessuto colpito.

Dal punto di vista pratico, un aiuto alla comprensione del possibile coinvolgimento oculare potrebbe venire dallo studio autoptico dei pazienti affetti da casi gravi, come già in parte avvenuto per la delucidazione della malattia da COVID19 nel polmone.

Purtroppo in nessuna delle pubblicazioni riguardanti autopsie è stato possibile reperire un riscontro di analisi istologica su occhio, dal momento che sino ad ora le analisi di questo tipo si sono concentrate su cuore, polmoni, reni e cervello.

Solo una pubblicazione riporta un'analisi istologica che ha cercato nell'occhio la presenza di RNA virale, che è stato in effetti trovato a livello del tessuto retinico ma purtroppo senza alcun correlato clinico dal momento che nessun tipo di imaging o esame oculistico è riportato come effettuato in questi pazienti prima del decesso o prima dell'analisi con PCR.

In conclusione allo stato attuale abbiamo verosimilmente ancora più domande che risposte, anche se è possibile dare alcune indicazioni.

In via prudenziale è sicuramente buona norma comportarsi come se la congiuntiva sia una possibile porta di entrata per l'infezione e dunque evitare di sfregarsi gli occhi senza essersi lavati accuratamente le mani, ed utilizzare occhiali protettivi o barriere in caso di contatto ravvicinato e prolungato con persone sicuramente infette come per altro già ampiamente consigliato.

È verosimile pensare che manifestazioni oculari gravi siano finora state ignorate dal momento che probabilmente si sviluppano in pazienti con quadri polmonari così gravi da rendere necessari ricovero con ossigenazione o ventilazione assistita: questi pazienti quasi sempre vengono sedati e non sono dunque in grado di comunicare eventuali sintomi visivi che risulterebbero comunque secondari rispetto al quadro generale.

Si può anche ragionevolmente ipotizzare che i farmaci sistemici utilizzati nelle forme respiratorie gravi siano risultati efficaci anche nel bloccare le manifestazioni oculari che sono quindi diventate subcliniche.

E' comunque possibile che a breve si paleseranno delle manifestazioni tardive legate alla fase autoimmune della malattia nei pazienti che sono al momento guariti dalla fase critica.

Sarà quindi necessaria un'estrema attenzione anche perché i sintomi di vasculiti e neuriti - quali visione annebbiata, visione di flash o corpi mobili, alterazione nella percezione dei colori - possono essere in realtà aspecifici e presenti per altre ragioni soprattutto in soggetti anziani, e quindi risulterà assolutamente fondamentale poter effettuare tutti gli esami necessari per porre una attenta e precisa diagnosi differenziale.

Dottoressa Paola Salvetti

Medico Chirurgo
Specialista in Oculistica e Retina Medica
Fellow Harvard Medical School
Consultant Medical of Retina and Clinical Lead of Aviation Medicine, Moorfields Eye Hospital,
Dubai, United Arab Emirates (UAE)

I professionisti che volessero ricevere in sintesi i riferimenti bibliografici scientifici alla base del presente capitolo e riferiti sino alla data della sua pubblicazione, potranno farlo inviando una email indirizzata a promedia2020@gmail.com, indicando nella richiesta i propri riferimenti personali ed i dati di iscrizione al rispettivo Ordine Professionale (Medici, Biologi, Farmacisti, Ingegneri, Giornalisti, etc. etc.). Tali dati verranno puntualmente verificati ed in seguito trattati nel completo rispetto delle vigenti norme sulla privacy e non verranno mai impiegati per qualsiasi e qualsivoglia fine commerciale e/o di comunicazione, sia diretto che indiretto.

13. *“Odontoiatria al tempo del covid-19. Restiamo... a bocca aperta”* di G. Pitea

Desiderando ricercare un paio di termini che ben rappresentino la pandemia Covid-19 che ci sta facendo da indesiderato accompagnatore in questi mesi potremmo scegliere a buon titolo *“Stupore”* e *“Incertezza”*. Lo stupore, nell’accezione di incredulità e disorientamento, ha certamente attraversato in questo frangente l’umanità che, come ben esplicitato nella Genesi, è stata creata per natura diversa dagli altri esseri viventi con il compito di dominare la terra e soggiogare “i pesci del mare e gli uccelli del cielo, il bestiame e tutte le bestie selvatiche e tutti i rettili che strisciano sulla terra”.

In effetti, i più attenti, potrebbero obiettare che i virus non sono menzionati.

L’uomo, al vertice dello sviluppo tecnologico, creatore di supercomputers quantici, dominatore indiscusso del globo terracqueo, è restato frastornato nel doversi rintanare nella propria abitazione come estrema ratio per salvarsi, non molto diversamente da come i nostri antenati scappavano nelle caverne per proteggersi dalle fiere. Circa 100 Nm è la misura del nemico: tanto è bastato per farci cadere rovinosamente dal piedistallo privilegiato, con buona pace per Pico della Mirandola che collocava l’uomo al gradino più alto del mondo naturale.

L’incertezza ha subito seguito lo stupore. La più grande forza dell’essere umano è la capacità di adattamento dunque, partendo da certe premesse la prontezza nell’adeguarsi alle stesse, ponendo in atto comportamenti finalizzati a reagire in modo efficace. Ma che fare quando le premesse difettano? Mai come in questo frangente sono mancati i punti fermi su cui ancorare qualche certezza. All’inizio di questo 2020 che passerà alla storia, noi europei abbiamo saputo che da paesi lontani, arrivano notizie di una malattia respiratoria, poco controllata e che stava facendo vittime con caratteristiche fuori dal comune. È già successo, abbiamo pensato, MERS e SARS in fondo sono transitate per noi senza troppe conseguenze ed abbiamo fatto spallucce anche quando nel nostro paese sono arrivati i primi casi e si è cominciato a cercare il paziente zero. La stessa ricerca di un paziente zero peraltro era fuorviante essendosi verificata probabilmente una diffusione multifocale del SARS- CoV e con origini temporali ben antecedenti a quanto dichiarato dagli organi competenti. Da questo momento siamo stati letteralmente tempestati da input contraddittori riguardo l’eziopatogenesi della malattia, le possibili cure (tra le varie vedi il cloroquina gate), le norme di condotta per arginarlo (si trasmette a 1 metro, a 3, fino a 4, si diffonde con le particelle di inquinamento PM, permane sulle superfici da poche ore a 3 giorni; non si trasmette con il cibo ma non va mangiato il sushi e la merce del supermercato va disinfettata prima di essere stivata in frigo). Gli stessi virologi hanno avuto ed hanno a tutt’oggi posizioni diametralmente opposte sposando o contrastando decisioni istituzionali ritenute da alcuni poco incisive oppure secondo altri lesive dei fondamentali diritti del cittadino. Mai il disorientamento è stato così rappresentativo di un simile evento globale che, secondo alcune stime, ha già oltrepassato i 1000 miliardi di dollari di impatto economico su scala mondiale.

In questo scenario a dir poco confuso, poche professioni hanno risentito come l’odontoiatria di una situazione di impasse. Questa disciplina sanitaria infatti è stata considerata, come in effetti è, di prima necessità, rientrando quindi tra le attività che non hanno mai avuto un vero e proprio stop, ricevendo però al tempo stesso dall’ordine dei medici e odontoiatri l’indicazione assoluta, pena il richiamo disciplinare, di trattare esclusivamente le “urgenze”.

Sfortunatamente il concetto di “urgenza” risulta molto opinabile: il dolore può certamente essere annoverato in questa categoria ed era quindi ragionevole pensare che il professionista aprisse lo studio per intervenire in caso di pulpiti, ascessi ed algie di varia natura. Restava comunque soggettivo quando fosse necessario essere operativi e quando invece fosse accettabile la prescrizione farmacologica ed il posticipo delle cure. In mezzo tra questi casi di evidente necessità ed invece tra i palesi casi di inopportuna attività (implantologia in paziente con monoedentulia ad esempio), si collocava tutta la scala di grigi della personale e soggettiva valutazione. Si può discutere infatti se, solo a titolo di esempio, una protesi rotta, o la decementazione di un ponte, eventi non connessi ad alcun dolore, ma poco compatibili con una masticazione adeguata ed una buona qualità della vita del paziente, siano da considerarsi o meno procrastinabili. Alcuni professionisti hanno quindi deciso di chiudere spontaneamente l'ambulatorio per tutto il tempo del lockdown, mentre altri sono stati accusati di avere approfittato della ridotta concorrenza per operare senza particolari interruzioni. Si è quindi creato un clima surreale in cui alcune attività sono restate del tutto inoperanti, mentre altre hanno deciso di mantenere un regime assistenziale minimo intervenendo però a proprio rischio e pericolo, non solo per gli oggettivi rischi clinici, ma anche per l'alea di incorrere in conseguenze legali per inosservanza, durante il lockdown, delle mai definite situazioni di appropriato esercizio della professione. L'ordine ha addirittura precisato che gli stessi pazienti o collaboratori dello studio avrebbero potuto denunciare operatori, a loro giudizio, avventati nell'erogare terapie derogabili. Non è trascurabile tra l'altro che lungo tutta la durata del periodo di acuzie dell'epidemia, qualora il dentista fosse intervenuto alla poltrona odontoiatrica, lo avrebbe fatto seguendo a sua discrezione protocolli di sicurezza dettati dal buon senso e/o mutuati dai reparti di cura dei malati Covid ospedalizzati, non esistendo un percorso per lavorare in sicurezza approvato e condiviso.

Solo verso maggio 2020 sono state pubblicate le linee guida per l'odontoiatria in preparazione alla cosiddetta fase 2. Tali indicazioni riguardano tutti gli steps della prestazione odontoiatrica, dalle modalità di accesso del paziente alla sua dimissione e sono considerate gli standard minimi da rispettare. Va ricordato comunque che l'odontoiatra è abituato a lavorare a stretto contatto con pazienti esponendosi a cariche microbiche da cui proteggersi ed attuava quindi già in epoca non sospetta comportamenti per tutelare sé e la sua paziente la dal pericolo di infezioni crociate.

Cosa cambia sostanzialmente per un paziente che si approcci oggi alla poltrona del dentista? Sintetizzando le linee guida il paziente andrà sottoposto a triage telefonico in fase di prenotazione al fine di intercettare persone che siano state sintomatiche o che abbiano avuto contatti a rischio con conclamati o presunti infetti nelle settimane precedenti l'appuntamento. Arrivato presso lo studio il paziente verrà nuovamente sottoposto a questionario, gli verrà rilevata la temperatura e quindi accolto previa detersione con gel disinfettanti. Gli appuntamenti sono oggi molto scaglionati così da non creare assembramenti in sala d'attesa ed avere la possibilità di gestire il flusso di persone senza sovrapposizioni. Si stima che l'attività clinica sarà quindi più che dimezzata nei mesi a venire. Il paziente indossa la mascherina tutta la permanenza nella struttura e la toglie solo per il tempo strettamente necessario alla prestazione clinica. Il paziente, accomodato in poltrona, viene quindi coperto con cuffia, mantellina e occhiali protettivi ed effettua sciacqui con soluzione di perossido di idrogeno e poi con clorexidina.

Si procede dunque alle cure: al termine della seduta il materiale monouso contaminato viene smaltito prontamente ed il paziente fatto accomodare per l'adempimento di eventuali procedure

amministrative, limitando al massimo la sua permanenza e la possibilità di contatto con altri pazienti.



Nel complesso quindi nulla di eclatante rispetto quanto già veniva fatto in un ambulatorio con buoni standard di igiene.

Certamente i maggiori cambiamenti sono invece a carico dell'odontoiatra che lavorerà con tempi molto dilatati al fine di rispettare le procedure di accoglienza e ingaggio del paziente, di areazione e sanificazione

ambientale post cure, tempi di vestizione con dpi adeguati, peraltro spesso di difficile reperimento come i camici monouso.

Il principale pericolo in ambito dentale è il rapporto di contiguità tra il paziente e l'operatore sanitario che evidentemente si trovano a poche decine di cm gli uni dagli altri per un tempo prolungato. Durante la seduta inoltre, l'utilizzo di strumenti rotanti e\o ultrasuoni provocano produzione di aerosol e droplets che permangono lungo tempo nell'aria.

A questo proposito alcuni studi tra cui i nostri si sono dotati di costosi apparecchi aspiratori, tipo aspirapolveri con filtri Hepa, che in aggiunta alle tradizionali cannule di aspirazione dei fluidi orali, concorrono ad eliminare efficacemente le particelle in sospensione e a ridurre la contaminazione ambientale.

Oltre a quanto menzionato ci sono un certo numero di accorgimenti indispensabili da mettere in atto tra cui solo per citarne alcuni, il controllo degli impianti di ricircolo dell'aria e\o condizionamento, la preparazione della documentazione e dello strumentario necessari all'operatore per minimizzare il contatto con il mobilio in fase operatoria, la riduzione della presenza di oggetti nell'ambiente non essenziali all'attività per ridurre la potenziale contaminazione.

Altri interventi come l'acquisto degli aspiratori sopracitati, l'utilizzo di lampade UV o i test sierologici sono invece del tutto facoltativi.

Il tema dei test sierologici qualitativi richiederebbe un approfondimento a parte. Tralasciando le disquisizioni riguardo la specificità e sensibilità e quindi riguardo l'attendibilità di questi test che vengono effettuati normalmente su goccia ematica da polpastrello, alcuni studi dentistici hanno deciso di filtrare oltre al personale, tutti i pazienti in accesso allo studio con tale metodica. In

aggiunta ai presidi sopra descritti, doverosi da mettere in atto come se i pazienti fossero potenzialmente tutti portatori sani del virus, il nostro studio ha ritenuto di effettuare il test alla totalità di coloro che afferiscono in ambulatorio, offrendo un servizio allo spaccato di popolazione che incontriamo nella pratica quotidiana e permettendo ai collaboratori di sentirsi più sicuri nell'operare. È evidente che ci siano alcune lacune nella possibilità di interpretare il risultato del test, legata principalmente al tempo finestra tra contagio e comparsa della sintomatologia e quindi poi al ritardo della risposta anticorpale, ma tale passaggio in aggiunta all'utilizzo di tutti i presidi di protezione a disposizione, ha per noi rappresentato un momento cruciale nella possibilità di continuare la pratica clinica. Se da un lato il paziente si reca in studio con maggiore serenità sapendo di essere curato da operatori che si sono sottoposti a verifica, dall'altro il test ha permesso di operare in maggiore tranquillità e laddove il risultato sia stato positivo, indirizzare con incisività al medico di base pazienti che difficilmente avrebbero potuto richiedere il tampone seppur coscienti di essere stati malati\sintomatici.

I dispositivi barriera restano comunque il mezzo fisico più efficace nel limitare il rischio di contagio. Se le linee guida indicano nelle mascherine ffp2 lo strumento adeguato a proteggersi, nelle nostre strutture abbiamo sentito la necessità di dotarci di qualunque filtro sia stato messo a punto e ritenuto più efficace per aumentare la protezione nostra e dei pazienti. Dalle più tradizionali mascherine ffp3 a dispositivi creati appositamente per il Covid come la maschera integrale prodotta da una nota azienda di subacquea che ha modificato un prodotto destinato allo snorkeling certificandolo e destinandolo all'ambito sanitario. L'utilizzo di questi apparati risulta dispendioso in termini di tempo, di costo economico per approvvigionamento e manutenzione nonché oneroso dal punto di vista umano per l'utilizzo continuativo degli stessi. Lavorare tutto il giorno con la maschera integrale ad esempio e comunicare col paziente indossandola non è come dirlo. Quello post Covid è però un mondo diverso da quello che conoscevamo, con tutte le ricadute che questo cambiamento comporta: quello del disagio nell'operare sarà probabilmente solo uno dei tanti aspetti che andranno metabolizzati per poter far fronte a questo evento il cui orizzonte delle ricadute non ci è ancora dato di scorgere con chiarezza.

Dott. Giorgio Pitea

Medico Odontostomatologo

www.amadental.it

14. *“Epicrisi di un medico”* di Claudio Micheletto.

Pensieri e parole dopo tre mesi.

“Dopo ottanta giorni (giugno 2020 n.d.r.) abbiamo chiuso un reparto COVID, stiamo tentando di tornare a vita normale. Ci portiamo dentro tante storie, tanta fatica, ma anche tante soddisfazioni. È il momento di fare qualche serena meditazione, in questo periodo ne abbiamo lette di ogni genere. Questo è il mio decalogo, non contiene verità assolute, ma quello che ho respirato sul campo, giorno per giorno.

- 1) Il virus COVID 2019 è una infezione molto pericolosa. Guardiamo i numeri: negli stati Uniti muoiono ogni anno 16.000 persone di influenza (ultima pubblicazione JAMA 2019); negli ultimi tre mesi i decessi sono 107.000;
- 2) Il numero dei decessi in Italia è reale, eventualmente sottostimato perché non rientrano nelle stime ufficiali tutti coloro che sono morti a casa o nelle RSA. Quando si chiude una cartella si scrive il DRG (diagnosis related group). Lo facciamo da oltre 30 anni, sappiamo farlo, le persone morivano DI COVID, con difficoltà respiratoria e polmoni imbiancati, non certo CON il COVID. Non insegnateci questa pratica, lo sappiamo fare;
- 3) Sono state fatte delle autopsie in tutto il mondo, non servivano grandi numeri, sono tutte uguali, non c'è dietro nessun complotto. Alveoli ripieno di materiale infiammatorio, come tutti i distress respiratori, ed alterazioni a carico del microcircolo. Fare tante autopsie non avrebbe aggiunto niente, sin dal primo giorno abbiamo trattati tutti i pazienti con anti-coagulanti, aggiustando la dose a seconda di determinati valori ematici. La coagulazione aumenta in corso di infiammazione, è una nozione molto antica;
- 4) Le misure di contenimento hanno consentito di spegnere gradualmente l'epidemia. Forse in alcune zone potevano essere promulgate prima, in altre potevano essere interrotte qualche settimana prima, ma non cambia la sostanza. In nessun Paese il virus è scomparso con misure alternative: il modello svedese è fallito, in Brasile la situazione è fuori controllo, Stati Uniti ed Inghilterra hanno dovuto far marcia indietro;
- 5) Sappiamo come curare nel miglior modo possibile questa malattia. Non esistono farmaci specifici, ma se usiamo con competenza antivirali, idrossiclorochina, anticoagulanti, cortisone, etc. riusciamo a guarire quasi tutti i pazienti. Siamo in difficoltà con coloro che hanno tante malattie concomitanti. Ora dobbiamo analizzare i risultati delle nostre casistiche per valutare quali di questi interventi è fondamentale nella gestione del COVID. Tra le possibilità vi è anche il plasma, che abbiamo raccolto ed usato anche nel Veneto. Non esiste una congiura contro il plasma, la cautela deriva dalla necessità di valutare i dati. A breve arriveranno i risultati dei protocolli e ne discuteremo senza preclusioni.
- 6) Nella mia personale valutazione l'ossigenazione e la ventilazione sono fondamentali, il Veneto ha avuto buoni risultati anche per la presenza di 16 Pneumologie che hanno triplicato il loro numero di posti letto, e le Rianimazioni hanno fatto altrettanto. La Sanità

Pubblica serve a questo: mantenere una rete efficace nei confronti di malattie frequenti come quelle respiratorie, pronte ad allargarsi in caso di necessità;

7) Esiste una disciplina che si chiama risk management. Ora sarebbe il momento di ragionare sugli errori. Non per colpevolizzare qualcuno, ma per capire gli errori e non ripeterli in futuro. In questo dibattito è entrata purtroppo la politica: giudico gli interventi sanitari a seconda della tessera del Governatore o del Direttore Generale. Non è questo il metodo corretto, spero che le persone competenti, con la mente libera, sappiano analizzare con obiettività il passato e proporre modelli organizzativi efficaci per il futuro. Un esempio su tutti: la riapertura della scuola ed i trasporti;

La diagnosi precoce è utile in tutte le malattie. Se riesco ad individuare i Pazienti con tamponi o dosaggio degli anticorpi posso isolare i pazienti, oppure curarli in una fase iniziale, senza arrivare all'intubazione o alla ventilazione;

9) Il vaccino non è in antitesi con il resto delle misure, non devo scegliere tra vaccino, plasma o cure. Il vaccino serve a prevenire, lo aspettiamo;

10) Gli Infermieri, i Medici, i Fisioterapisti hanno fatto un grandissimo lavoro. Ma non mi dimentico degli amministrativi, che hanno lavorato per assumere in tempi velocissimi, gli uffici tecnici, l'ingegneria medica e tutti questi servizi, che hanno ampliato reparti ed assicurato il materiale sanitario.

Ma non siamo degli eroi. Negli ultimi anni, nelle mie scorribande di lettore onnivoro, ho scoperto Rocco Schiavone, scontroso vice-questore creato dalla penna di Antonio Manzini. Nell'ultimo libro Rocco è ricoverato in Ospedale, e ci racconta così:

"L'Ospedale gli pareva un aeroporto. Con decolli e atterraggi. Nascita e morte, guarigioni e complicazioni, sorrisi e pianti. Una massa umana dolorante o sanata, piena di speranze o di illusioni. E intorno a loro i camici bianchi che aveva cominciato ad apprezzare ogni giorno di più. Uomini e donne col viso stanco, bruschi, sempre di fretta, rughe e occhiaie. Non avrebbe mai potuto fare il medico. Sapeva che sotto lo strato di cinismo, leggero come i camici che portavano, in fondo doveva esserci uno strato di amore. Altrimenti perché dedicare una vita a curare gli esseri umani? Rimetterli in pista? Lui gli esseri umani li detestava, fatta salva qualche eccezione. E non sopportava i lamenti e le ansie che gli altri gli scaricavano addosso".

È proprio così Rocco. Hai capito tutto, senza quella fastidiosa retorica."

Prof. Claudio Micheletto.

Direttore della Pneumologia

dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

*“Overdose di informazioni =
nessuna informazione?”*

❖ LA COMUNICAZIONE AL TEMPO DEL COVID



“C’è un posto nel mondo” di Luciano Fontana.

L’interrogativo è se dopo l’emergenza tutto sarà come prima o nulla sarà uguale a prima. Non lo sappiamo, possiamo immaginarlo: le nostre città saranno per tanto tempo diverse, così come le vacanze e la vita sociale. Avevamo osannato il lavoro in open space e invece dovremo stare a distanza. Non sappiamo se la politica dell’istante e dei like sui social avrà appreso qualcosa dalla lezione del contagio, ma dubitiamo fortemente vista la prova delle ultime settimane.

Dobbiamo affrontare una ricostruzione avendo imparato solo un paio di cose importanti. Ce le descrive lo scienziato Alberto Mantovani: << La credibilità scientifica come bussola delle nostre azioni e poi essere uniti, tutti, senza confini>>. Perché il mondo nuovo sarà sempre aperto e globale, e se ora desideriamo solo la montagna o la spiaggia a due passi da casa, torneremo a essere ancora esploratori di un pianeta che dobbiamo imparare a rispettare ⁽⁵⁾.

Luciano Fontana

Dir. Corriere della Sera

⁵ Prefazione a: ***“C’è un posto nel mondo: siamo noi”*** Corriere della Sera. RCS Milano.

1. *“Faccia a faccia con il Covid-19”* di L. Grana, I. Grassi, U.Poli.

COVID: DEEJAYFOX RADIO STATION L'INFORMAZIONE È “VIRALE”!!

Pochi giorni prima che la Lombardia venisse dichiarata “zona rossa”, una “voce” storica dell'emittente radio, veniva ricoverato in gravi condizioni in un reparto di rianimazione.

Tutti noi ascoltavamo con apprensione quanto gli organi di comunicazione (televisione, carta stampata ed altre emittenti radio) comunicavano.

Le notizie però erano spesso contraddittorie: troppe volte uno specialista contestava quanto dichiarato da un collega. Iniziavano poi a girare una serie di “FAKE NEWS”. Un po' come tutti i cittadini eravamo confusi.

SALUTIAMO SCENDE IN CAMPO

Siamo nel 2015, quando Luigi, Marcella e Silvia decidono di dare vita al format SaluTiAmo, trasmesso su DeeJayFox Radio Station. Nasce quasi per caso, così come la fraterna amicizia tra Oscar Pavanello e Luigi Grana. Oscar e Flavio Zagato fondano DeeJayFox Radio station, una Web Radio che strizza l'occhio alle Radio di una volta, fatta di persone che, prima di tutto, si incontrano e condividono una passione con entusiasmo! SaluTiAmo, porta nel nome tutta l'idea e la Forza che ha animato e anima tutt'ora, gli speaker che partecipano alle registrazioni. Negli anni si sono uniti Flavio Idda, Michela Clemente, Isabella Grassi e Umberto Poli. L'obbiettivo è l'amore per la Salute a 360°, che tenga conto del corpo ma anche dello Spirito, dando voce alla Medicina riconosciuta ma anche alle Medicine alternative, alle Associazioni di Volontariato che operano laddove c'è un disagio psichico o fisico.

Il linguaggio è sempre stato chiaro e accessibile, nonostante spesso gli argomenti trattati fossero molto specifici e trattati da tecnici della materia. Questo ha fatto in modo che gli ascoltatori interagissero attivamente con gli ospiti, attraverso l'invio di domande tramite la pagina ufficiale della radio, per dare poi modo all'ospite-professionista, di rispondere in trasmissione.

Proprio la voglia di conoscenza e la ricerca di risposte, ha portato Luigi, Umberto e Isabella, che hanno sviluppato il format per l'anno 2020, a realizzare una serie di registrazioni che potessero interessare i molteplici aspetti della crisi pandemica, dovuta alla diffusione del Virus Covid-19. Tanto è stato possibile grazie alla disponibilità ed alla simpatia, di una schiera di ospiti professionisti che hanno, quasi passandosi il testimone di registrazione in registrazione, esaurientemente analizzato gli ambiti toccati a vario titolo, da questa pandemia.

Ripercorrendo questi appuntamenti, da queste pagine, cogliamo l'occasione per ringraziarli, nuovamente ed uno ad uno, anche per la loro flessibilità, poiché le registrazioni non sono avvenute presso gli studi di DeeJayFox Radio a Cologno Monzese, ma con gli strumenti e le applicazioni di conference tramite il Web, che la regia ha saputo sapientemente utilizzare al meglio.

Con il preciso scopo di aiutare a capire il fenomeno Covid-19, la direzione della web radio (Flavio Zagato e Oscar Pavanello) decideva (in via eccezionale) di pubblicare in “radio visione” sul canale YouTube, tutte le puntate di SalutiAmo dedicate alla pandemia. Oggi e sempre, le potrete rivedere e riascoltare digitando il link relativo.

SALUTIAMO SPECIALE COVID-19

Giovedì 12 marzo: “Mente umana: quali conseguenze può scatenare la paura del Covid?” con Antonio Origgi, scrittore, laureato in “scienze del comportamento umano”. Rispettare le regole, spiega il professionista, è indiscutibile, ma senza fobie inutili, ricercando sempre un modo per sorridere. La mente ha bisogno di essere allenata all’attenzione ma anche indirizzata verso la positività. Ricordiamoci che lo “stretto canale” del nostro inconscio, è formato da educazione ricevuta, credenze, aspetti religiosi, influenza degli amici, dei media (tanta) dei social (oggi moltissima) ecc.ecc. (“Le 3 menti inconscie” A. Origgi). Lo spazio è “stretto”: allenamento costante per instaurare nuove credenze positive verso il futuro, ci spostano verso un atteggiamento più sereno. “Il sesso nel periodo del Covid” con il Prof. Maurizio Bossi, sessuologo. Sorridendo, ci si chiede se le “posizioni” dell’amore debbano cambiare, alla ricerca della sicurezza. O piuttosto... meglio astenersi? “Un sessuologo non ha diritto di dire nulla”, spiega il professore, anche per rispetto di chi in questo momento soffre, o si trova accanto a chi è malato. Ma un’idea la si può dare: l’essere umano, ha avuto in regalo dalla “lotteria dell’evoluzione”, una capacità di linguaggio eccezionale: la nostra emozione. La natura dell’amore è stata indagata dai poeti e dagli artisti, ma anche dagli scienziati. Gli scienziati hanno determinato la presenza, nell’essere umano, di una rete neurochimica, che caratterizza il sentimento dell’amore e la possibilità di comunicarlo. Quindi l’amore rappresenta ciò che è umano”. L’amore aumenta anche le nostre difese immunitarie, è provato e fa bene. Quando l’orizzonte si fa scuro, noi cerchiamo l’altro... anche amando! Dunque, aumentiamo pure, per protezione, le distanze sociali Ma avviciniamoci empaticamente all’altro. Così Maurizio Bossi ci spiega l’amore, non solo ai tempi del Covid, ma ora e sempre. *“Amor tossiche non celatur”* (l’amore e la tosse non si possono nascondere)

Giovedì 19 marzo: volevamo fare il punto (in mezzo al caos delle affermazioni) con il prof. Fabrizio Pregliasco Virologo e presidente ANPAS (servizio anche legato ai volontari ambulanze). Informazione finalmente CHIARA e SEMPLICE. Nessuna falsa promessa, fatti e comunque visione positiva per il futuro. È presto per dirlo, ma è possibile che in 3 settimane ci sia un lieve e progressivo calo dei contagi, grazie soprattutto alle restrizioni. Così è stato.

https://www.youtube.com/watch?v=fy1QIVeN_OI

Lunedì 23 marzo: ci rendevamo conto che la “prima linea” (medici di base e soccorso ambulanze) era stata dimenticata da TUTTI. Per quanto concerne la rilevanza (importantissima) di medici e infermieri negli ospedali, si dimenticano gli OSS (ringraziamento doveroso anche a loro: figure altrettanto indispensabili nei reparti). Televisioni e giornali ne parlavano poco o nulla: i medici di base venivano mandati allo sbaraglio senza essere forniti dei sistemi di sicurezza di base (niente mascherine, camici, visiere, ecc.) dovendo acquistare il materiale di “tasca propria” attendendo le lungaggini delle consegne. I soccorritori ambulanze scarseggiavano dei necessari kit di protezione e riducevano il numero di lettighieri che andavano negli appartamenti a soccorrere gli ammalati. I media si accorgevano di citare i medici di base, quando un buon numero loro perdeva la vita nello svolgimento del servizio. Da ciò che siamo venuti a sapere (anche in seguito alla trasmissione) ai medici di base è stato poi inviato un piccolo kit di mascherine chirurgiche. In pochissimi ricevevano tre camici ed una cuffia. Durante la trasmissione davamo anche lettura di una “lettera aperta” dell’Ordine dei medici di Torino, indirizzata al presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro della Sanità ed altre Autorità. Ospiti: il Dott. Paolo Langosco, Medico di base, geriatra e i volontari del servizio Ambulanze della Croce verde di Vinovo Manuela Dal Santo e Dario Russi. Il Dottor Langosco, sottolinea come questa situazione, faccia anche capire come molte delle riforme della Medicina generale che tardavano a crescere, come la Telemedicina, il

teleconsulto, sia l'occasione per farle sviluppare. Anche banalmente il ritiro automatico della ricetta in farmacia (che già era in vigore) prima di ora non si sia mai attuato. In questo momento viene largamente richiesto. Il professionista spiega poi ulteriormente quali sono i sintomi cui far riferimento e quanto tempestivamente avvisare il medico o i soccorsi. Manuela Dal Santo e Dario Russi, chiariscono invece il problema dei tempi di sanificazione ambulanze: occorre tempo perché, dopo un trasporto, l'ambulanza sia nuovamente utilizzabile. Raccontano inoltre, di aver ricevuto segnalazione, circa i tentativi di allontanamento di alcuni colleghi soccorritori, da parte dei datori di lavoro, poiché' essendo questi ultimi a conoscenza della loro opera di volontariato, avevano il timore che, in qualche modo, potessero portare il virus all'interno dell'azienda. "Tu ne cede malis, sed contra audentior ito" (Non cedere alle calamità, ma va loro incontro con coraggio) – Publio Virgilio Marone

<https://www.youtube.com/watch?v=c0h7colItVY>

Lunedì 6 aprile: l'economia sta già crollando. Intervistavamo il professore Emerito Paolo Mottura. Tocavamo ogni argomento, legato a: aiuti Europei, aziende, libera professione, e cassa integrazione. Due puntate dedicate all'argomento. L'Unione Europea dovrà fare qualcosa, è inevitabile, ne va dell'unione stessa. Uscire dall'Euro è eventualmente cosa complessa e lenta, per chi la vedesse come una soluzione. Altre proposte (anche perché l'Italia non produce moneta) come "l'helicopter money" sono, per una serie di ragioni, alquanto utopistiche. Però bisogna fare attenzione! Tante aziende italiane, anche prima del Covid, erano purtroppo in difficoltà. Per riuscire a sopravvivere avevano fatto affidamento sul credito. Questa nuova situazione non ha loro giovato, anzi. Sicuramente sarà una situazione su cui riflettere appena terminato questo periodo. Ospite anche il Rag. Maurizio Zannoni, Responsabile amministrativo della Società CEMSA International, solida azienda con sede a Cologno Monzese, che in questo momento vive non poche difficoltà legate all'attività principale di "export", resa difficile dal blocco dei confini. Fortunatamente la solidità dell'azienda, al momento consente di gestire la situazione. Il Rag. Zannoni, metteva in luce però, come la situazione potrebbe diventare critica in futuro, se dovesse continuare per lungo tempo, mettendo in crisi tante ottime aziende che si occupano di esportazione come loro, ma purtroppo meno strutturate. Il Professor Mottura infatti spiegava come, in questo caso la restrizione sanitaria, fa cessare o rende estremamente difficile le relazioni economiche. Il nostro sistema è di fatto basato su tantissime relazioni economiche extraterritoriali e questa condizione le mette in crisi.

<https://www.youtube.com/watch?v=OiAENUS9Sxw>

Lunedì 13 aprile: l'Italia contava i morti e le polmoniti facevano sempre molta paura. Intervistavamo lo storico della medicina Professor Federico Perozziello, avendo conferma di molte similitudini con la "spagnola" che aveva mietuto molte vittime nel mondo in passato. Chiarivamo anche quale fosse stato il comportamento della scienza nella storia e nella sperimentazione di soluzioni (vaccino, cure, ecc.). L'individuazione delle terapie nel passato, è stata spesso la conseguenza di "un'azzardo", un tentativo diretto anche dettato (forse) dalla disperazione e difficoltà. Forse oggi bisognerebbe tentare la stessa cosa, spiega il Professor Perozziello. Per chiarire i rischi polmonari, interveniva anche il dott. Rodolfo Guarnieri primario di pneumologia. Siamo arrivati "un po' lunghi" spiega lo specialista, non capacitandosi come, anche le informazioni ai sanitari stessi, siano state notevolmente minimizzate all'inizio. Il cambiamento in sicurezza dei vari reparti è stato poi veloce, ma costruito con l'esperienza giornaliera sul campo. I protocolli cambiano sistematicamente ed è difficile per noi adattarsi a evoluzioni continue, ma ci uniformiamo.

<https://www.youtube.com/watch?v=yYxstjIWxcA>

Lunedì 20 aprile: le difficoltà sono tante, l'Italia è in ginocchio! La paura di non riuscire a pagare ratei; la comprensione di cosa realmente comportano le sanzioni e secondo quali comportamenti. Sono tra le tante domande poste all'avvocato Massimo Cupello dello studio legale Cupello/Giurato di Cologno Monzese. A questo farà seguito la rubrica "l'avvocato risponde" per le tante domande che arrivavano dai nostri ascoltatori. In maniera esaustiva e semplice, il legale spiega come tutelarsi laddove possibile.

<https://www.youtube.com/watch?v=yca8Xodp-Vk>

Lunedì 27 aprile: è la volta di Angelo Cattaneo (il Joy Trainer) con il suo gruppo: "papà in azione". In quarantena far divertire e svagare i nostri bambini (sempre chiusi in casa) è difficile. Con i consigli di Angelo e dei suoi "papà in azione" troviamo nuove idee, nuovi approcci ed il giusto spirito. Angelo Cattaneo spiega come il contatto fisico, tenendo conto del tipo del legame affettivo, verso i nostri figli sia fondamentale. Proprio a seconda del legame, il tipo di contatto affettivo può cambiare. Può essere diverso se fatto dalla mamma, piuttosto che dal papà. Non sottovalutare mai i benefici che dà il potere di un abbraccio, di un bacio, una carezza. Occorre insegnare ai bambini (e soprattutto i genitori devono essere i primi a dimostrarlo) l'assenza del giudizio. Non temere mai di comunicare qualunque cosa, proprio per l'assenza del giudizio. C'è un seme di vita dentro i nostri figli. Spesso siamo preoccupati di quello che stanno percependo e ci sostituiamo a loro. In questo caso è bene, anziché indicare loro cosa fare o non fare, chiedere semplicemente come si sentono. Fare domande è fondamentale, accettando così che siano diversi da noi, e nella vita saranno liberi di fare proprie scelte.

https://www.youtube.com/watch?v=PusO_mIYy8

Lunedì 4 maggio. Il Servizio Sanitario dichiara che è possibile che gli esseri umani possano contagiare gli animali domestici ma non il contrario. Decidiamo di fare chiarezza: abbiamo il timore che la dichiarazione venga "mal interpretata" e porti ad una serie di abbandoni. Il dott. Andrea Vercelli Medico Veterinario, titolare di uno studio veterinario a Torino, ha trattato la delicata questione. In particolare, ha illustrato le azioni da porre in essere in caso di positività al Covid e come tutelare i nostri piccoli amici; sottolineando che il rischio che loro potessero in qualche modo contagiare NON esiste; piuttosto è possibile il contrario (gli esseri umani possono contagiare gli animali). Abbiamo inoltre ipotizzato, il caso di ricovero del padrone di un animale domestico, e capito le conseguenti possibilità assistenziali nei confronti delle bestiole (un gruppo di volontari si occupa di portare loro acqua e cibo). Una riflessione è stata fatta anche nel caso di padrone deceduto così da comprendere le procedure possibili e le segnalazioni necessarie.

<https://www.youtube.com/watch?v=MPRP7jW-Trw>

Lunedì 11 maggio: ci occupavamo di psicomotricità con Giorgia Argentieri. Come gestire i nostri bambini in quarantena? La professionista ha subito chiarito che ci sono indubbiamente dei grandi svantaggi, derivanti da questa situazione, ma anche dei vantaggi. La famiglia rimane l'aspetto più importante nella vita di un bambino, ed il Coronavirus ci ha riportato ad una condizione familiare cui non eravamo più abituati. Ci ha dato anche modo di imparare ad essere più flessibili, con noi stessi e con i nostri ragazzi/bambini. I ritmi cui eravamo abituati, imposti dalla società, ci stavano insegnando ad essere più rigidi. La quarantena ha dato modo, inoltre, di sviluppare maggiormente la creatività nei bambini. Ma siamo attenti: occorre tutelarli! Allarmante è la tendenza a veicolare sui bambini fobie trasmesse dai genitori. Per loro, già è difficile gestire l'allontanamento sociale. Occorre approfittare però, ha spiegato la professionista, di questa situazione, per osservare ciò che di solito non possiamo vedere con attenzione. Per esempio come se la cava nello svolgimento dei compiti, e come possiamo affiancarlo. Sostentamento mentale ma anche emotivo, sempre con una certa flessibilità. La gestione della fascia oraria (dare loro un orario per la sveglia, la colazione, il

pranzo, i compiti, ecc.) è fondamentale per stabilire un ritmo costante e lasciare sempre spazio per praticare attività motoria. Impegnare e render piene le loro giornate.

Giovedì 21 maggio. Le terapie intensive iniziano a “svuotarsi”. Occorre fare il punto: ci sono esiti di qualche tipo nei malati di Covid? Sì, ed è su quest’ultimo problema che la scienza porrà la massima attenzione nel prossimo futuro, nell’attesa di un vaccino. Avremo casi di infertilità (maschile e femminile) lo chiariscono il Prof. Maurizio Bossi, andrologo e sessuologo e la dott.ssa Ornella Marelli, ricercatrice e farmacologa. Così come, chi ha patito gravi infezioni da Covid, potrebbe avere esiti cicatriziali a livello dei polmoni che richiedono organizzazioni di riabilitazione ospedaliere particolari e la creazione di nuovi, specifici reparti. È il punto del dott. Rodolfo Guarnieri, Primario di Pneumologia. Il Dott. Massimo Valverde, endocrinologo, sottolinea che ci possono anche essere esiti di complicanze tiroidee e comparsa di malattie autoimmuni. Dal punto di vista della comunicazione Marco Marturano (giornalista) e Maria Grazia Sartirana (social blogger) sottolineano come anche la comunicazione DEVE cambiare: meno polverone di notizie, ma informazioni più chiare e attendibili, per il bene di tutti. È l’importante progetto di Pro-Media 2020: professionisti in ambito medico, della ricerca, e della comunicazione.

“Se c’è amore per l’uomo, c’è amore per la scienza.” – Ippocrate di Coo

<https://www.youtube.com/watch?v=zkgbElWXDJo>

SalutiAmo ha un cuore: il cuore di ogni cittadino. Riteniamo (dal 2015) che l’informazione “semplice” tesa a comprendere, sia una delle migliori armi per non avere paura, per distinguere il vero dal falso, e forse avere più fiducia nel futuro. Ci siamo impegnati a svolgere il nostro lavoro con la massima trasparenza, in virtù di un’informazione laica, scevra da pensieri od opinioni personali, nella speranza di offrire un piccolo contributo.

Ringraziamo tutti i professionisti che sono intervenuti, aiutandoci a capire meglio e farci notare della luce (tanta) in mezzo al buio. Pazienza e visione positiva è quanto abbiamo imparato da tutti loro.

Un Grazie di cuore alla regia (Oscar Pavanello e Daniele Magro) che, con grande fatica ed in mezzo a mille difficoltà (senza la tecnologia presente in sede) da casa, con tante magie, ci hanno fatto sentire come se fossimo in Studio e, di conseguenza, montato puntata per puntata, al fine di consentire a tutti la radiovisione sul canale di YouTube.

“Ab umbra lumen” (dall’ombra alla luce)



Per SalutiAmo – DeejayFox Radio Station
Luigi Grana
Isabella Grassi
Umberto Poli

info@deejayfoxradio.com
salutiamo@deejayfoxradio.com

2. *“Il contributo di una giornalista a D.C.19”* di Maria Grazia Sartirana

Opero con internet occupandomi per passione di comunicazione e di blog, non sono né un medico e né uno scienziato quindi penso di essere solo una spettatrice attenta e disponibile che con una buona dose di realismo ricava informazioni dalla Rete. In questi mesi di lockdown provocati dallo scoppio della pandemia di COVID 2019 ho letto e sono stata muta spettatrice di un susseguirsi di eventi e di informazioni, spesso di seconda o terza mano e altrettanto spesso fuorvianti quando non francamente false.

Credo e temo che in buona parte questo sia dovuto da un lato all'assoluta mancanza di conoscenza del problema - e non avrebbe potuto essere altrimenti visto che nessuno si era mai trovato davanti ad esso - e dall'altro dalla paura e spesso dal desiderio di emergere e di far prevalere la propria tesi su quella di un altro interlocutore.

Tutto questo ha spinto e continua a spingere molti se non moltissimi nel cercare di trasformare una singola esperienza personale o un singolo parere personale, il più delle volte tutto meno che professionale, in un paradigma universale.

In questo ha giocato e sta continuando molto a giocare il fatto che le notizie reali giungono ancora in modo estremamente confuso, e basta pensare alle varie e diverse modalità di conteggio dei malati, dei morti, dei guariti, dei positivi a tamponi, etc. etc. ancora oggi in uso per comprendere il disorientamento provocato dalla comunicazione di dati così contrastanti che, uniti, quasi frullati tutti insieme a moltissimi altri di scarsa affidabilità producono ancora più sconcerto in chi li riceve, lasciando la porta aperta alle interpretazioni più varie ed estreme che vanno alternativamente dal complottismo dilagante, alla nemesi divina, dalla sfiducia verso tutto e tutti, alla “scoperta” di soluzioni miracolose e mirabolanti per la cura del COVID 19, e tanto altro ancora.

Penso quindi che sia assolutamente fondamentale poter iniziare a comunicare al pubblico delle informazioni chiare, semplici, il più possibile prive di incertezze, univoche e soprattutto obiettive ed oggettive, in pratica una chiave di lettura positiva che permetta a chiunque anche non dotato di una specifica cultura tecnica e scientifica ma in possesso di una minima capacità di comprensione generale come ad esempio il calcolo del fattore “R” tanto sbandierato e poco compreso a volte anche dagli stessi addetti ai lavori “non tecnici”.

Il progetto PROMEDIA 2020 ha quindi l'ambizione di non rilasciare più notizie basate su delle semplici opinioni, ma sulla realtà oggettiva di COVID19 desunta da dati certi e verificati, compreso il vero problema di come utilizzare “dopo” le attuali strutture sanitarie, vecchie o nuove che siano in funzione anche di ciò che in seguito potrà ancora accadere sia che si ripresenti una nuova fase di recrudescenza delle infezioni da COVID 19 sia che, soffermandoci sui fatti che ad oggi conosciamo, ovvero sia ai malati ed ex-malati di COVID e sia a chi, in modo asintomatico ed

inconsapevole, ha avuto contatti con COVID , poiché se c'è una certezza, è quella che anche i malati di altre patologie preesistenti saranno sempre più numerosi.

Per questo il “sentiment” generale che percepisco e desumo da quello che vedo e quello che sento è rappresentato non solo dalla la necessità di stabilire e mantenere scrupolosamente delle regole sociali semplici ed efficaci (distanziamento , mascherine , sanificazione , etc. etc.), ma anche la consapevolezza di poter accedere sempre a terapie di cura , supporto e riabilitazione già normalmente presenti nel nostro ottimo Sistema Sanitario Nazionale, e permettetemi una divagazione personale data dalle mie esperienze di viaggio in tutto il mondo , sono assolutamente certa del fatto che pur con tutte le sue pecche locali o centrali che siano (ma la perfezione non è di questo Mondo) il nostro sistema sanitario offre indistintamente ed universalmente a tutti i cittadini presenti sul territorio un livello di cure praticamente senza eguali nel mondo e questo è facilmente riscontrabile facendo dei confronti onesti e soprattutto simmetrici per patologia , terapia e servizio con le prestazioni offerte dai Sistemi Sanitari di altre Nazioni .

Maria Grazia Sartirana
Giornalista, Blogger.

3. *“La comunicazione e il Covid 19 Dai Media a Promedia 2020”* di M. Marturano

Le 4 fasi della comunicazione sul Covid 19 in Italia

Per cosa utilizzavamo più frequentemente la parola “virale” prima del Febbraio 2020? La risposta è semplice. La usavamo come metafora della comunicazione capace di circolare con più rapidità e con più efficacia su pubblici diversificati. In particolare nella storia si è utilizzato questo termine e questo senso a turno per i diversi media che hanno avuto una maggiore diffusione in determinati tempi. Sono stati virali i cari vecchi giornali su carta per secoli, per poi lasciare spazio alla vitalità delle radio (pensiamo alla funzione della radio in scenari di guerra un secolo fa solo per fare un esempio), per poi vedere la radio “uccisa” dalla tv (video kill the radio star) e poi i giornali e la tv sorpassati dalla rete e in particolare prima dai giornali on line e soprattutto poi dai blog e soprattutto dai social networks.

Proprio per questo la comunicazione è stato uno strumento decisivo della gestione dell'emergenza Covid 19 in tutte le fasi che ha vissuto, vive e vivrà. La medicina, come possiamo approfondire in questo libro, sta gestendo le sue evoluzioni attraverso la ricerca e attraverso la gestione della cura nei confronti del virus e dei suoi molteplici effetti ed eventi collaterali, che possono diventare in realtà principali. La società e l'economia (e con loro lo Stato) stanno gestendo l'evoluzione dal lock down alla ripartenza alla ricostruzione. La comunicazione deve obbligatoriamente saper cambiare per accompagnare queste evoluzioni e per aiutarle, magari imparando dai propri errori della prima metà 2020.

Perché diciamo che già delle evoluzioni la comunicazione italiana (non differenziandosi di molto da quella del resto del mondo) ne ha già affrontate in meno di 6 mesi del 2020 più bisestile della storia.

La Comunicazione NOCOVID. C'è stata una prima fase della comunicazione sul Covid 19 che possiamo definire NOCOVID. È quella iniziata già a fine 2019 quando il virus ha cominciato a diffondersi in Cina (e si dice ad essere in realtà già presente in Italia) e che soprattutto a Gennaio 2020 fino a metà Febbraio metteva d'accordo media e politica con il claim “è poco più di un'influenza”. È la comunicazione de “la Cina è lontana” e contemporaneamente della solidarietà con i cinesi in Italia. È la comunicazione che tra fine Gennaio e inizio Febbraio di fronte alle Regioni che dicevano che nonostante Codogno non bisognava spaventarsi e correre a fare le scorte ai supermercati in molti nel pubblico e nel privato hanno rivendicato che le città e la vita normale non dovevano fermarsi. Insomma era la comunicazione che rivendicava l'idea che non esisteva un problema epidemia e tantomeno che fosse grave e se lo era stata era per condizioni specifiche del Paese di origine teorico del virus (tra ipotesi su igiene, pipistrelli, pagolini e simili). E la comunicazione che negava (NOCOVID) il problema.

La Comunicazione TERRORCOVID. La seconda fase della comunicazione virale è stata quella del panico. Quando cioè la comunicazione ha registrato la formale trasformazione del Covid 19 da leggenda metropolitana presuntamente ingigantita alla minaccia già diffusa e quindi quasi invincibile. E' la fase in cui dalla seconda metà di Febbraio a fine Aprile 2020 la comunicazione assimila la parola Pandemia dopo la dichiarazione ufficiale dell'OMS e entra nel panico e contribuisce suo malgrado (e in alcuni casi no) a crearlo. I numeri diventano la chiave della comunicazione, i virologi e gli epidemiologi diventano i protagonisti assoluti e si creano e moltiplicano leggende metropolitane nuove uguali ma contrarie rispetto a quelle del NOCOVID, le leggende del TERRORCOVID. E in alcuni casi gli stessi medici che parlavano di "poco meno di una influenza" diventano le star della trasformazione dell'Italia (e del mondo) in un seguito di "Virus Letale", dell'"Esercito delle 12 scimmie" e nella fotocopia di "Contagion".

La Comunicazione EXITCOVID. La terza fase della comunicazione virale è stata quella delle riaperture, ovvero dell'EXITCOVID. La comunicazione che da fine Aprile 2020 ha cominciato a spingere sul ritorno alla normalità grazie alla riduzione dei contagi che consentivano di ripartire con lavoro e mobilità. In questa fase la comunicazione ha spinto anche con i dati delle nuove ricerche sul plasma come Santo Graal se non del futuro vaccino di sicuro della futura cura, che significa nei codici della comunicazione virale che il virus non è più un mostro invincibile. Questa fase ha accompagnato tutto il Maggio 2020 incrociando la sanità con dati di contagio in calo e la società e l'economia con regole di riaperture e ripartenze in sicurezza. Di questa comunicazione EXITCOVID fa parte anche la semplificazione medica "il virus è clinicamente finito" e le affermazioni sull'"abbassamento della carica virale", che servono a cementare l'idea che si possa ricominciare una vita con meno paura.

La Comunicazione POSTCOVID. La quarta fase della comunicazione virale incrocia la terza e parte dai primi di Giugno e dalle riaperture degli spostamenti tra Regioni. E' quella che parla di reparti COVID vuoti da settimane, di decessi 0 in alcune Regioni e di contagi sempre in alcune Regioni che si contano in unità o poche decine ovvero in dati da influenza. E' la comunicazione che proietta sul POSTCOVID intesa come fine dell'emergenza e inizio ufficiale di una convivenza a metà tra pace armata e armistizio.

Ed è in questa fase che acquista spazio anche finalmente una evoluzione che in pochi cominciavano già a elaborare dalla fase TERROR inascoltati e che hanno dichiarato nel rumore di fondo nella fase EXIT. E' l'evoluzione che ridimensiona il tema della battaglia contro il virus per i suoi effetti primari e restituisce peso invece alla guerra contro gli effetti secondari che significano anche nuove frontiere per sanità, agricoltura, economia, agricoltura e molto altro.

La comunicazione dall'Alieno e dai SuperEroi al Male e alla Medicina: dal virus sconosciuto ai danni collaterali su territori noti.

La narrazione della battaglia contrp il Covid 19 è stata prevalentemente costruita in tutte le fasi seguendo una metafora classica di tutte le paure in comunicazione: l'Alieno. E' stato raccontato il

virus come un mostro sconosciuto di un “altro pianeta” (come sconosciuto era ai più il pagolino e non esattamente amati i pipistrelli) arrivato a invadere e distruggere la Terra e la popolazione. E contro l’Alieno i protagonisti della battaglia non potevano che essere dei Super Eroi che come nei vecchi film di fantascienza mediaticamente sono diventati i virologi. Un racconto questo che ha concentrato l’analisi giornalistica sugli effetti primari del virus, in parte sulle cure per impedirgli di diventare mortale e sulle misure di sicurezza per contrastarne il contagio. Dove esattamente come nei film di fantascienza la principale misura di sicurezza è diventata l’isolamento a casa e la diffidenza verso l’altro ovvero il distanziamento e le protezioni. E sempre come accade in uno scenario da resistenza all’invasione aliena l’attenzione si rivolge dopo la sopravvivenza alla ricerca dell’arma segreta che in questo caso sono il vaccino e la cura. Questa chiave di lettura volontaria o involontaria della comunicazione di emergenza ha valorizzato comunque gli eroi degli Ospedali che salvavano o tentavano di salvare le vite.

Nel momento in cui però le evidenze mediche ci portano a verificare la necessità di una attenzione prioritaria agli effetti che il virus produce su tutti gli organi del corpo umano allora la narrazione cambia. Se il virus si dimostrasse (come in alcuni studi comincia a verificarsi) che ha la potenzialità di danneggiare organi anche nel lungo periodo e anche senza i sintomi identificati come caratterizzanti del contagio, allora la comunicazione ci porta su un altro terreno. E’ il terreno in cui la malattia ritorna ad essere nota (anche se con manifestazioni o sintomatologie anomale) e la battaglia non la conducono più gli infettivologi ma i medici generici e gli specialisti dei diversi campi di influenza del virus. Una trasformazione radicale della comunicazione che ha la potenzialità da un lato di spostare il focus dall’emergenza alla gestione clinica e alla prevenzione soprattutto. E in secondo luogo questa evoluzione porta ad una proiezione più nel lungo periodo che nel breve delle attenzioni dei cittadini e dell’impegno della Sanità che non deve più annientare esclusivamente il virus ma deve curarne nel tempo tutti gli effetti e prevenirne il peggioramento. In termini psicologici questo però significa spostare la comunicazione anche su una maggiore attenzione alle misure di sicurezza anche in presenza di un calo dei contagi, visto che non sarebbero più i numeri in crescita della Protezione Civile a dover essere osservati ma quelli molto più complessi da seguire mediaticamente dei numeri di malati di patologie diverse che manifestano quelle patologie o un loro aggravamento nei mesi successivi alla fase pandemica. Del resto questa evoluzione può anche significare un passaggio dal terrore per la battaglia contro un male ignoto alla giusta ma più consapevole attenzione e preoccupazione per malattie più affrontabili dalla medicina tradizionale

Il futuro presente della comunicazione per vincere il Covid 19 davvero

Si possono tracciare tre rotte principali nella comunicazione dell’oggi e del futuro prossimo nel contrasto al Covid 19 con l’obiettivo di vincere davvero.

In primo luogo la comunicazione dei media e delle istituzioni deve e può concentrarsi sulla prevenzione e in particolare su campagne di sensibilizzazione alla diagnostica specialistica negli ambiti sui quali il Covid 19 ha dimostrato di essere più devastante.

In secondo luogo la comunicazione deve e può seguire con attenzione tutte le frontiere della medicina riabilitativa di lungo periodo per gli infetti accertati e per quelli che nel tempo potranno essere verificati (con test e app) aver contratto il virus in forma asintomatica ma con potenziali impatti su patologie diversificate.

In terzo luogo la comunicazione deve seguire con la stessa attenzione della prima metà 2020 tutte le frontiere della ricerca medica sulle diverse patologie degenerate da Covid 19 e della ricerca su tutte le problematiche ambientali, alimentari e sanitarie acceleranti per il Covid 19 (come il settore delle micotossine) e sulle soluzioni che possono risolverle.

In tutte le tre rotte di comunicazione dovranno svolgere un ruolo decisivo i medici della medicina di base che saranno sempre più chiamati ad essere i protagonisti delle valutazioni e delle analisi necessarie a combattere con efficacia gli effetti del Covid 19 di lungo periodo.

Se la comunicazione andrà in questa direzione, al fianco di quella che si occuperà naturalmente della battaglia specifica contro il virus sia sui contagi che sulla cura e sul vaccino, si potrà davvero pensare ad una comunicazione “virale” in grado di aiutare a vincere il virus e non solo a raccontarlo in funzione del clima di opinione che partecipa a creare, come è successo nei primi 5 mesi del 2020. E se così andasse (e se progetti come Promedia 2020 aiuteranno questa evoluzione) avremo nei prossimi anni un Paese in grado di sconfiggere il virus e di curarne e prevenirne tutti gli effetti e anche tutti i fattori acceleranti e in particolare quelli ambientali.

Come si dice nel marketing questa evoluzione potrebbe trasformare una gigantesca minaccia come il Covid 19 in una altrettanto straordinaria opportunità per migliorare la sanità del nostro Paese e in generale per proteggere meglio i cittadini da rischi come quello portato da questa pandemia. Sarebbe il miglior tributo alle tante vite perse a causa del Covid 19 nel 2020 e ai tanti sacrifici di salute, economici e sociali affrontati da tutto il Paese per combatterlo nell'emergenza e dopo.

Dott. Marco Marturano,
giornalista, comunicatore,
docente universitario, spindocto,
Presidente di GM&P srl e MM&P

Confucio, Galileo ed il Covid-19

«La vera sapienza consiste nel riconoscere di sapere quello che si sa e di non sapere quello che non si sa» (Confucio 551 a.C.)

«Scienza è il distinguere quello che si sa da quello che si ignora» (G. Galilei 1642)

Vale anche nel 2020 d.C. per il Covid-19:

Ecco altre:

❖ **MARGARITAS**



1 *“Vantaggi del lockdown: leggete (e fate leggere)”* di Luca Pani

Vi confesso che sin dalla prima gioventù ho “abusato” dei libri e della pratica, un tempo vietata, della lettura.

I libri, per me, sono sempre state creature emozionali che restituiscono il vero senso alle cose semplicemente attribuendo alla fantasia un potere illimitato perché imprevedibile.

Un solo libro, memorie e segreti di un altro uomo, di un popolo intero talvolta, diventava tutto il mio presente, con tanta forza da lasciarmi esausto dalle rappresentazioni che avevo vissuto. Un solo libro era capace di modificare il mio futuro.

Ben presto compresi che leggere corrispondeva a viaggiare ovunque, come un'esplorazione dell'universo, senza neppure muoversi; mentre vivere senza leggere equivaleva a una realtà misera, la mia, unica e quindi dolorosa.

Non esito a riconoscere che la musica e alcuni libri, pericolosi e impertinenti, mi abbiano salvato dalla pulsione ad agire su fatti inutili e dall'inferno del mondo.

L'immobilità di una vita sola è, in effetti, ben poca cosa se non si leggono quei libri che sanno come moltiplicarla.

Ognuno a modo suo, nessuno nello stesso modo.

È così che, da decenni, non vado mai in giro senza un libro. Quanto più diventavo dipendente da loro tanto più mi sono sentito indipendente da tutto il resto. Quindi leggete per vivere e, soprattutto, fate leggere tutti quelli a cui volete bene, a iniziare dai vostri figli.

Tutto il resto conta poco, o niente.

5.giugno 2020

Prof. Luca Pani

(Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco)

2 “Il profumo dei libri” di Giovanni Bertozzi

Il mondo esterno, frenetico secondo la moderna percezione che di esso abbiamo, legato al tempo che corre veloce, all’impazzata, imbrigliato a forza nei vettori della globalizzazione, che tutto travolge scalzando la centralità dell’individuo, quella centralità che è la più alta invenzione dell’Umanesimo che vedeva l’uomo come “*il compendio e l’epilogo di tutto l’universo*”, ha subito per le note, drammatiche vicende, un arresto così improvviso e così inaspettato da produrre un sentimento di incredulità e di sgomento.

A seguito di ciò siamo, per così dire, precipitati in noi stessi, fino a poco prima aperti, quasi dilaniati verso l’esterno, ci siamo rinchiusi in noi, costretti a vivere una condizione domestica che ci ha portato, in molti casi, a riscoprire, quasi a reinventare abitudini desuete, trascurate o al più frequentate con parsimonia nei ritagli ultimi di un tempo che sembrava non appartenerci più.

Tra le riscoperte di questo mondo velato da mille strati di un quotidiano affaccendamento, la lettura e i libri, per molti, hanno riconquistato una piena centralità. Per altri poi che, come diceva uno scrittore dell’Ottocento, sono: “*usi fare della consuetudine con i libri, la consolazione e il fine della vita*”, la vicinanza ad essi rappresenta una normalità e l’esercizio della lettura una esigenza ineludibile.

Il silenzio che ha velato pesantemente le strade delle nostre città ci ha predisposto a udire voci diverse, quelle dei libri, compagni silenziosi la cui presenza attorno a noi ci rassicura come diceva un filosofo e ci conforta. Molti hanno ritrovato il gusto di camminare in mezzo agli scaffali della propria biblioteca piccola, grande, alla ricerca di titoli legati ad un preciso momento della vita, ad uno stato d’animo, ad una attesa particolare.

Uno studioso, a riguardo, ha parlato di una cultura “dorsale”, quella cioè del dorso dei volumi da cui si ricava in successione rapida e immediata, l’identità stessa del libro: il nome dell’autore, il titolo e l’anno di stampa; una cultura forse di sintesi ma che ci rimanda con un sentimento di nostalgia a vecchie letture e ad autori amati che hanno forgiato le nostre vite, ad altri invece temuti perché mal letti al tempo delle scuole e che oggi, in una giornata di quiete, possono essere ripresi e rappresentare l’inizio di un sodalizio duraturo.

Diceva Umberto Eco che chi non legge avrà vissuto alla fine una sola vita: la propria. Mentre chi legge, ne avrà vissute molte, infinite, perché la lettura è immortalità all’indietro.

È un’immagine bella che ci rapisce e ci sprona a metterci in viaggio con i protagonisti di mille avventure, ad ascoltare, non visti, le loro parole e a partecipare a mille eventi, a mille battaglie, a mille amori. Ed è questo un tempo adatto a riscoprire i classici della letteratura perché, come diceva il grande storico della filosofia Tullio Gregory: “*E’ solo il dialogo continuo con i grandi che ci consente di fare grandi discorsi*”.

Un dialogo che, se interrotto, possiamo riprendere al pari di un’antica amicizia trascurata e, se mai iniziato, accendere in questo momento particolare, ricorrendo all’esercizio umanistico dell’otium.

Alla domanda di un giornalista che chiedeva ad un intellettuale quale fosse il suo rapporto con i libri e quale nella fase attuale, di forzato confinamento domestico, egli ha risposto che i libri da sempre rappresentano per lui indispensabili strumenti di lavoro, che in essi trova risposta alle proprie ricerche e sostegno nella fase di elaborazione di un testo ma che soprattutto trova in essi degli amici sempre presenti e sempre pronti a donare un sapere che aspetta solo di essere svelato.

Strumenti di lavoro dunque e, allo stesso tempo, amici o, come diceva il Carducci:

“Quegli antichi compagni de’ miei sogni e de’ miei pensieri “.

Giovanni Bertozzi

)

Scrittore Giornalista
Università di Pisa
(giovanni.bertozzi@alice.it)

3 “Un Avvocato che non difende il Virus” di Franz Sarno

Sembra un paradosso, ma io sono un uomo fortunato, anzi miracolato. Non tanto per essere guarito dalla polmonite interstiziale da Covid 19 dopo una lunga e sofferta degenza in ospedale, perché la guarigione è stata determinata dalle eccellenti cure e dalla straordinaria assistenza del personale sanitario dell' H. Fatebenefratelli di Milano, ma la mia fortuna sta nel fatto di essermi ammalato. Sì proprio nell' aver contratto l'infezione ed essere stato in punto di morte si è verificato il vero miracolo che ha cambiato il corso della mia vita

Sono un avvocato penalista affermato, ho scritto centinaia di pubblicazioni, ho avuto incarichi universitari e professionali di prestigio, ho scritto libri, insomma sono quel che si dice un uomo di successo; o almeno così credevo. Per me essere ammirato e rispettato era una cosa normale, che la gente si rivolgesse a me con deferenza era naturale e quasi dovuto anche se spesso fingevo di essere alla mano e con falsa modestia mi schermivo dai complimenti. Ho avuto una vita avventurosa, densa di eventi ed ho fatto esperienze straordinarie, quanto basta a 71 anni per sentirsi appagati

Improvvisamente la malattia, la corsa in ospedale mentre soffocavo, la dolorosa terapia, il degrado del pannolone, la barba lunga, i capelli sporchi e i cateteri. In un attimo non ero più nulla, ero solo, vecchio e debole, lontano dei miei affetti più profondi e bisognoso di tutto, insomma vicino alla morte non ero più niente, si era resettato tutto il mio passato o meglio si erano resettate tutte le mie certezze e la cultura, il successo, le avventure non appartenevano più al presente e si dissolvevano nel nulla. Il grande poeta spagnolo Federico Garcia Lorca dice: *"ieri il ricordo , l'altro ieri il marcito e poi la tenebra del tempo"*. Sono guarito e mi è stata regalata la seconda vita, si tratta però di una vita nuova ed io sono un altro. Ho imparato ad apprezzare ogni istante, ogni più piccola cosa e a vivere ogni giorno come un regalo. Sono meno irascibile e più tollerante, le difficoltà non sono veri ostacoli e mi è tornata una forza potente che mi spinge ad affrontare le tempeste come un vecchio lupo di mare che resta saldo al timone per salvare la sua barca.

Il viaggio futuro mi attrae, gli obiettivi da raggiungere sono mete importanti. Lo zaino è affardellato e sono pronto a partire.

Avv. Franz Sarno

Avvocato penalista Foro di Milano

Parafrasando Iemolo, potremmo dire che la famiglia è un’isola che il covid non ha lambito: o l’ha travolta o l’ha unita.

Se partiamo da questo assunto, possiamo sicuramente affermare che la pandemia ha lasciato un segno tangibile sugli equilibri familiari. E un segno importante sulla scala delle priorità.

Perché, se è vero che tante famiglie si sono “sfasciate”, è altrettanto vero che non sono poche quelle che hanno trovato, nelle ceneri del virus pestilenziale, la linfa per rinvigorirsi o, meglio, per arrivare a riscoprire sentimenti, valori che la vita frenetica pre coronavirus aveva fatto dimenticare.

E così noi, professionisti del diritto di famiglia, siamo divenuti interlocutori di nuovi clienti, o meglio di clienti rinnovati. E a nostra volta abbiamo imparato un nuovo modo di rapportarci a loro e alle loro differenti e inaspettate esigenze. Nell’assenza dei Tribunali e della certezza che, di norma, ne consegue. Venuti meno gli usuali punti di riferimento, l’avvocato si è trasformato in consulente, psicologo e giudice, per contenere, abbandonato dal sistema, l’emergenza e l’urgenza che la “famiglia” ha dovuto affrontare.

L’avvocato ha dunque gestito nuclei familiari obbligati a convivere sotto lo stesso tetto in pochi metri quadrati; coniugi irrispettosi che sono diventati maltrattanti e violenti; genitori assenti improvvisamente onnipresenti; coniugi fedifraghi imbrigliati nel simulacro della fedeltà forzata; figli, in piena crisi adolescenziale, trasformati in carnefici dei propri genitori; genitori già poco inclini al rispetto dei pagamenti, totalmente inadempimenti ai loro obblighi di mantenimento; genitori non collocatari e indifferenti ai rischi di contagio, inflessibili nel pretendere di esercitare il diritto di visita ai minori; genitori collocatari della prole, determinati invece nell’impedirne l’esercizio, in nome della pandemia.

Con infinita pazienza e competenza multidisciplinare, l’“Avvocato di famiglia”, totalmente privo delle usuali “armi” giudiziali, ha dovuto dunque destreggiarsi tra diplomazia e autorevolezza per scongiurare il rischio che alle vittime del coronavirus si aggiungessero ulteriori “vittime endofamiliari”. Ed è così che al cattivo pagatore è stato imposto il rispetto delle regole e il rinvio della discussione economica a un momento successivo; al genitore non collocatario è stato suggerito di rinunciare a una parte dei suoi diritti in nome del diritto alla salute; all’irriducibile

fedifrago è stato intimato di individuare situazioni, momenti e luoghi opportuni per comunicare con l'amante, nel rispetto dell'ancora vigente dovere di fedeltà e nell'attesa della separazione. In talune, non poche situazioni, l'Avvocato è stato però costretto a suggerire di violare l'invito /tormentone “# Io Resto a Casa” e di abbandonare quelle mura che rischiavano di diventare teatro di morte.

E mentre, da un lato, sono sfilate sotto gli occhi del professionista le miserie e le pochezze dell'umanità, dall'altro sono invece affiorati comportamenti nobili e virtuosi.

Genitori litigiosissimi, sia pur consigliati, hanno anteposto ai loro diritti il bene dei figli, permettendogli di rimanere in luoghi, magari lontani, ma più protetti. Coniugi persi nelle loro vite pre lockdown che, presa forzata coscienza della precarietà della vita, hanno riscoperto i loro veri sentimenti e hanno saputo ritrovare dialogo e comunanza di interessi. Famiglie “sull'orlo della crisi” che hanno fatto del lockdown lo strumento per ritrovarsi, riconoscersi e riviversi come nucleo, nell'assenza dei troppi stimoli esterni e godendo della semplicità della forzata vita familiare.

E ora? Cambierà qualcosa nell'istituzione famiglia? E nella gestione che ne faranno gli operatori del diritto?

Certamente, chi ha riscoperto il valore della famiglia, ricorderà il lockdown come la rinascita del nucleo familiare quale cellula fondamentale della società, la stanza, il nido, il luogo dove ognuno si conosce e si riconosce. Saranno veri vincitori della battaglia contro il coronavirus coloro che hanno saputo resistere nella famiglia e per la famiglia, riappropriandosi del luogo degli affetti, delle relazioni e della crescita personale.

Purtroppo, però, la percezione attuale, a distanza di pochi giorni dalla ripresa di un qualcosa di molto simile alla normalità, è che il lockdown sarà, per la stragrande maggioranza delle famiglie in crisi, solo una parentesi nella vita di sempre, che riprenderà il suo corso egoista, aggressiva, pretenziosa e prepotente, cercando spazio e soddisfazione nelle aule dei riaperti tribunali. Con buona pace dei dati Istat e delle capacità taumaturgiche del Covid-19.

Avv. Teresa Devercelli (www.bsva.it – t.devercelli@bsva.it)

Avv. Maria Antonietta Izzo (www.bsva.it – a.izzo@bsva.it)

Avv. Maria Carmela Macchiarola
(mariacarmela.macchiarola@studiomacchiarola.it)

5 “Dilemmi etici ai tempi del Covid-19” di Isabella Merzagora

La letteratura scientifica in materia di scelte etiche è molto ampia e praticata da tempo. Fra i dilemmi discussi in passato, per esempio, uno riguardava la liceità di trapiantare un organo a un paziente non consenziente per salvare cinque pazienti (Gleichgerrcht, Young, 2013), dilemma che affronta anche quello della limitatezza delle risorse.

Il diffondersi del Covid-19 ha posto dilemmi di questo tipo dovuti appunto alla sproporzione fra necessità di cura e risorse disponibili.

Le scelte che la medicina si è vista costretta a compiere non sono solo un problema medico, ma più in generale un problema sociale, e abbiamo quindi voluto chiedere l'opinione degli Italiani su alcuni dilemmi etici specificatamente centrati sul problema Covid-19.

La ricerca si è svolta tra il 25 e il 27 aprile 2020 tramite 1.000 interviste on line (web interviews) a un campione rappresentativo della popolazione italiana tra i 18 e i 65 anni di età. I risultati sono stati analizzati per genere, età, area geografica (aree più o meno colpite dal virus), titolo di studio, status socio-economico, etc. Il 10% del campione era costituito da appartenenti a una professione sanitaria (medico, infermiere, ecc.), rendendo così possibile il confronto anche fra “addetti ai lavori” e cittadini tutti.

Le domande del questionario sono state molte; di seguito riferiremo i risultati di quella in cui si chiede agli Italiani di immedesimarsi in un medico e scegliere a chi dare l'unico dispositivo disponibile per la respirazione assistita.

La Tabella 1 riporta le frequenze (assolute e percentuali) di risposte fornite: alla domanda:

Parliamo della pandemia di coronavirus o Covid-19. Se Lei fosse stato o fosse un medico in un ospedale con moltissimi ricoverati in gravi condizioni per o con il coronavirus; e se avesse avuto o avesse a disposizione un solo un macchinario fornente respirazione assistita ogni tre malati a rischio vita, Lei a chi avrebbe scelto o sceglierebbe di garantire quel macchinario? Indichi, per favore, non più di 5 risposte tra quelle qui sotto elencate. Sceglierei le persone...

N = 1009	Frequenze assolute	Frequenze percentuali
con maggiori probabilità di guarire	445	44,1%
più giovani	339	33,6%
più a rischio di morire	268	26,6%
con bambini	264	26,2%
tutte le persone a turno	202	20,0%
i medici	189	18,7%
gli infermieri	136	13,5%
senza altre malattie	107	10,6%
i ricoverati da più tempo	95	9,4%
gli italiani	76	7,5%
le donne	74	7,3%
i non criminali	69	6,8%
quelle che lavorano	33	3,3%
i non dementi, senza Alzheimer	30	3,0%
i non disabili, non handicappati	24	2,4%
i residenti nella regione dov'è l'ospedale	23	2,3%
lascerei decidere ad altri	15	1,5%
quelle che possono pagarsi le cure	9	0,9%
i personaggi famosi	8	0,8%
i politici e gli amministratori pubblici	8	0,8%
i sacerdoti	6	0,6%
tirerei a sorte	5	0,5%

Tabella 1 – Distribuzioni di frequenza delle categorie della Domanda 1. Anno 2020.

Fonte: elaborazione degli autori di dati AstraRicerche

La risposta con **maggiori probabilità di guarire** è quella fornita più di frequente, dal 44,1% degli intervistati. Una scelta razionalmente comprensibile che rientra fra quelle utilitaristiche ma eticamente condivisibili, infatti assumono qui rilevanza la fattibilità tecnica dell'intervento e il rapporto positivo tra benefici e rischi realisticamente attendibili – come si legge ad esempio nella “Carta dei Principi” del Nord Italia Transplant Program⁶. Ciò detto, stupisce un poco che i professionisti sanitari del nostro campione abbiano scelto l'opzione “con maggiori probabilità di guarire” in percentuale minore in maniera statisticamente significativa (30%) rispetto a chi non lavora in ambito sanitario. Si constata che i laureati sono più propensi a fornire questa risposta (53%) rispetto ai diplomati (45%) e a coloro con scolarità fino alla media inferiore (33%). Non si rilevano differenze significative in funzione del genere. Questa risposta viene fornita con maggior frequenza in maniera statisticamente significativa dai residenti nel Nord Ovest (51%), che è la zona del Paese in cui più ha infuriato il virus e che maggiormente ha dovuto constatare la carenza di risorse.

La scelta di fornire la respirazione artificiale a chi è **senza altre malattie** segue lo stesso criterio utilitaristico ed è fornita dal 10,6% degli intervistati. Però dipende dalle malattie, perché la percentuale scende al 3% per i non dementi, senza Alzheimer e al 2,4% per i non disabili, non handicappati. La percentuale di coloro che “escludono” questi pazienti è bassa ma dimostra l'esistenza di una quota di persone che discriminano i malati e di fatto gli anziani.

La risposta **più giovane**, che risulta al secondo posto in frequenza (33,6%), potrebbe rispondere ad analoghe considerazioni utilitaristiche. Il fatto che venga fornita da una percentuale più alta dei soggetti della fascia di età 18-25 anni (43%) fa pensare anche all'intervento di dinamiche di identificazione o meglio di non identificazione con i più anziani. È significativa la minore propensione dei professionisti sanitari, rispetto a chi non lo è, a fornire questa risposta (25% vs 35%).

La risposta più a rischio di morire è in terza posizione ed è fornita nel 26,6% dei casi: non è eticamente contraddittoria poiché traduce il criterio dell'urgenza medica che è stato espresso come “l'inverso del tempo di attesa consentito entro il quale si deve intervenire se si vuole realizzare un beneficio terapeutico” (Cattorini, 2001).

Ci sono anche coloro che non vogliono operare vere e proprie scelte: il 20% degli intervistati offrirebbe il dispositivo **a tutte le persone a turno**. È la risposta che segnala un'empatia ubiquitaria o fors'anche un atteggiamento poco incline alla responsabilizzazione. È scelta da ben il 28% dei professionisti sanitari. Si rileva uno scarto significativo anche in funzione del genere: risponde così il 25% delle donne contro il 16% degli uomini. Stesso dicasi per la classe socio-economica: coloro che si definiscono di classe sociale inferiore/medio-inferiore la scelgono più frequentemente degli altri (21,9%). È preferita dai più anziani (24% degli ultracinquantacinquenni) rispetto ai più giovani (18% fra i 18-24enni)

Sono sicuramente deresponsabilizzative le scelte lascerei decidere ad altri e **tirerei a sorte**, che però riscuotono pochi consensi: l'1,5% per la prima e lo 0,5% per la seconda. Per i professionisti

⁶ Si tratta di un programma collaborativo di donazione e trapianto di organi tra le Regioni Lombardia, Liguria, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Marche e Provincia autonoma di Trento. La Carta dei Principi, attualmente in fase di revisione da parte del Consiglio Direttivo dell'Associazione, è stata pubblicata nel 2006 ed è consultabile al sito https://www.policlinico.mi.it/AMM/nitp/area_paziente/altre_informazioni/documenti/carta_principi.pdf.

sanitari la percentuale scende all'1% per la delega alla decisione ed è assente per l'opzione tirerei a sorte.

Alcune delle risposte rientrano nel novero del cosiddetto "beneficio sociale", un criterio che attiene alla ricaduta in ambito sociale degli atti medici in quanto "il benessere prodotto dalla medicina contribuisce al bene comune" (Cattorini, 2001). Si tratta delle risposte **con bambini** (26,2%), **quelle che lavorano** (3,3%), e secondo alcuni quelle che possono pagarsi le cure (0,9%) perché chi paga da sé le cure non graverà sulle risorse sanitarie disponibili per curare altri, anzi potrà ampliare il budget sanitario in dotazione (Nozick 1981; Engelhardt 1991; Engelhardt 1996). L'alternativa "con bambini" è poco sentita dai residenti del Nord Ovest (20%) e più da quelli del Sud (30%). Prevedibilmente trova maggiore e significativo riscontro fra coloro che hanno figli minori (33%). La risposta "che lavorano" è più presente, in maniera statisticamente significativa, fra i 18-24enni (8%) e fra coloro che si collocano in una fascia sociale superiore (8%); le donne la forniscono in percentuale dimezzata rispetto agli uomini (2,2% vs 4,4%).

Sempre in un'ottica di beneficio sociale, oltre che di giudizio di valore, pensiamo rientri la risposta data da quel 6,8% di coloro che sceglierebbero di garantire il dispositivo per la respirazione ai **non criminali**. Nella scarsa scelta di questa tipologia interviene probabilmente anche il biasimo per il mal-fattore, e infatti la psicologia sociale conosce il fenomeno per il quale si è più sensibili alla sofferenza di chi si reputa non colpevole (Decety, Echols, Correll, 2009).

Fornirebbero il dispositivo per la respirazione assistita ai **personaggi famosi** lo 0,8% degli intervistati, ai **politici** e agli **amministratori pubblici** lo 0,8%, ai **sacerdoti** lo 0,6%. Questi ultimi non capiamo perché così poco "gettonati".

Un certo riguardo in funzione dell'appartenenza a un gruppo si coglie dal fatto che il 7,5% degli intervistati sceglierebbe gli **italiani**, con percentuale più alta, ma non statisticamente significativa, fra coloro che esercitano professioni sanitarie (11%) e fra chi si colloca nella fascia sociale superiore (12%).

La scelta di fornire la respirazione assistita preferibilmente alle **donne** è indicata nel 7,3% delle risposte, e sale al 10% per chi esercita professioni sanitarie. È curioso che le donne scelgano questa opzione nel 4% dei casi (gli uomini nel 10%) e che questa correlazione sia statisticamente significativa; le donne devono aver capito che il paternalismo non è un buon affare.

La scelta di fornire il dispositivo per la respirazione assistita in particolare a **medici** e **infermieri** è verosimilmente dettata da considerazioni pratiche -devono curare gli altri-, ma crediamo anche dalla diffusa riconoscenza per quelli fra costoro che si sono prodigati e hanno pagato di persona. Ad oggi -1° giugno- i medici morti per Covid-19 sono 165 e gli infermieri almeno 40. Il 18,7% degli italiani intervistati fornirebbe il dispositivo per la respirazione preferibilmente ai medici; mentre gli infermieri sono scelti dal 13,5% degli intervistati. Per la risposta "ai medici" la percentuale è pressoché uguale fra i professionisti sanitari, è statisticamente più alta nelle regioni più colpite dalla pandemia (23% nel Nord Ovest, 26% nel Triveneto), e fra i laureati (24%). Gli infermieri sono scelti in misura lievemente inferiore fra i professionisti sanitari (12%), poco più alta, ma significativa, nelle regioni più colpite dalla pandemia (16% nel Nord Ovest, 18% nel Triveneto).

Una certa quota di risposte è nel senso di preferire una giustizia formale: il 9,4% sceglierebbe i **ricoverati da più tempo**; il 2,3% i **residenti nella regione** dov'è l'ospedale.

In conclusione, rispetto a questa domanda le risposte fornite da un campione rappresentativo di 1.000 Italiani intervistati con web interviews mostrano che, nel particolare ambito della bioetica, gli Italiani hanno conservato la capacità di reagire in modo razionale ma non privo di empatia anche in tempi di pandemia.

Poiché una ricerca sempre riguardante dilemmi etici simili era stata svolta nell'estate del 2019, oltre a domande specifiche sul "problema Covid", si sono riproposte le domande fatte allora per capire se il tragico momento avesse avuto ripercussioni sull'atteggiamento dei nostri connazionali. Fra queste per esempio: "Ovunque in Italia ci sono molti anziani non autosufficienti tenuti in vita da farmaci costosi e sostenuti da un'assistenza domiciliare specializzata e continua. Qui il problema non è la mancanza dei farmaci o degli operatori sanitari, ma solo quello del costo per il Servizio Sanitario Nazionale, che, secondo alcuni, se spende tanti soldi per gli anziani, non ha risorse sufficienti per curare i bambini e gli adulti. Se Lei fosse chiamato a decidere cosa fare, quali di queste decisioni prenderebbe?: ordinerei di non curare più gli anziani dando loro solo farmaci palliativi anti-dolore, ordinerei di curare e assistere solo gli anziani con maggiori probabilità di vivere a lungo, ordinerei di curare e assistere solo gli anziani utili alla società, ordinerei di sospendere cure e assistenza a tutti gli anziani lasciandoli morire naturalmente, ordinerei di sopprimere dolcemente tutti gli anziani che sono un peso per la società, ordinerei di continuare cure e assistenza per tutti costi quel che costi".

Anche qui complessivamente dalla nostra ricerca emerge come, in un periodo particolarmente difficile quale quello attuale, nelle scelte adottate dal nostro campione di soggetti -che ricordiamo è rappresentativo degli Italiani- trovino spazio aspetti pragmatici ma anche aspetti empatici di identificazione con i malati e con le persone in difficoltà.

Per esempio, proprio relativamente alla domanda sulle decisioni da prendere nei confronti degli anziani, la maggioranza degli intervistati (60,9%) ordinerebbe di continuare cure e assistenza per tutti, costi quel che costi, in particolare nel Nord-Ovest, la zona particolarmente colpita. L'impressione è che la recente tragedia delle case di riposo abbia avuto una certa influenza sulle risposte degli intervistati: infatti rispetto alla precedente rilevazione la scelta di continuare le cure è aumentata del 7,7% mentre è diminuita la quota di chi opterebbe per "abbandonare" gli anziani a sé stessi (non curare più gli anziani, dando loro solo farmaci palliativi anti-dolore e sospendere cure e assistenza a tutti gli anziani, lasciandoli morire naturalmente).

Possiamo inoltre ipotizzare che la presenza di elevatissimi elementi stressogeni e, non in ultimo, il fatto che nessuno (al momento della compilazione del questionario) potesse sentirsi totalmente escluso dal rischio di contagio e dall'ipotesi di diventare lui stesso paziente ospedalizzato abbiano avuto come conseguenza una maggior presenza di empatia.

BIBLIOGRAFIA

Cattorini P., Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici (Seconda Edizione Aggiornata), Biblioteca Masson, 2001.

Decety J., Echols S.C., Correll J., The blame game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 985-997, 2009.

Engelhardt H.T., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1991.

Engelhardt H.T. Assistenza sanitaria e opzioni morali, in <Le Scienze. Quaderni>, febbraio 1996: 54-57.

Gleichgericht E., Young L., Low Levels of Empathic Concern Predict Utilitarian Moral Judgment, *Plos One*, vol. 8, 4, 2013.

Nozick R., *Anarchia, stato e utopia*, Le Monnier, Firenze, 1981.

Isabella Merzagora

(Professore Ordinario di criminologia

Università degli Studi di Milano

Presidente della Società Italiana di criminologia)

“Allarghiamo gli orizzonti”

Estinzioni di specie animali e pandemie sono causate dagli stessi processi? (1). Le pandemie, come la COVID-19, sono una conseguenza anche della degradazione dell'habitat operata dall'uomo? (c.f.r, Proceedings of the Royal Society).

I fenomeni all'origine dell'estinzione di specie animali, come urbanizzazione, distruzione degli habitat naturali, commercio illegale di specie esotiche, sono gli stessi che aumentano le probabilità di trasmissione di patogeni dagli animali all'uomo (zoonosi). Sono infatti tutti fattori che accrescono la vicinanza fisica tra gli esseri umani (inurbamento) e creature che dovrebbero essere lasciate in pace, in ambienti vergini e incontaminati.

Vi sono progetti internazionali come “PREDICT” (2) che consentono la sorveglianza globale di agenti patogeni che possono diffondersi dagli ospiti di animali alle persone e rilevano virus con potenziale pandemico. Il progetto è guidato dall'UC Davis One Health Institute. (2). Oggi penso che ognuno di noi, ormai consapevole di ciò, dovrà in futuro vigilare e rendersi parte attiva.

(M.B.)

(1) <https://www.focus.it/.../quali-fattori-meno-noti-predispongono...>

(2) <https://ohi.vetmed.ucdavis.edu/p.../predict-project>.

I DATI DI LUNEDÌ 08/06/2020

I CASI PER PROVINCIA

(le differenze riportate nelle singole voci riguardano il giorno precedente)

Lombardia NOTIZIE Online

CASI POSITIVI
DA INIZIO PANDEMIA
90.389

+194



MILANO	23.437	↑ +29
di cui Milano città	9.957	↑ +15
BERGAMO	13.609	↑ +51
BRESCIA	15.070	↑ +63
COMO	3.935	↑ +13
CREMONA	6.502	↑ +7
LECCO	2.768	↑ +2

+2 ↑

+2 ↑

+10 ↑

+2 ↑

+4 ↑

+7 ↑

in fase di verifica 1.983

LODI	3.502
MANTOVA	3.390
MONZA E BRIANZA	5.583
PAVIA	5.418
SONDRIO	1.492
VARESE	3.700

HUB Editoriale

L'infinitamente piccolo, Sars-Cov-2, nato in oriente e trasportato con veloci aerei, ha immobilizzato il cinetico occidente. Taccuini di ieri e prospettive per il domani di: storici, medici, psicologi, esperti della comunicazione, ed altro.

Per non essere condannati a ripetere gli errori.