

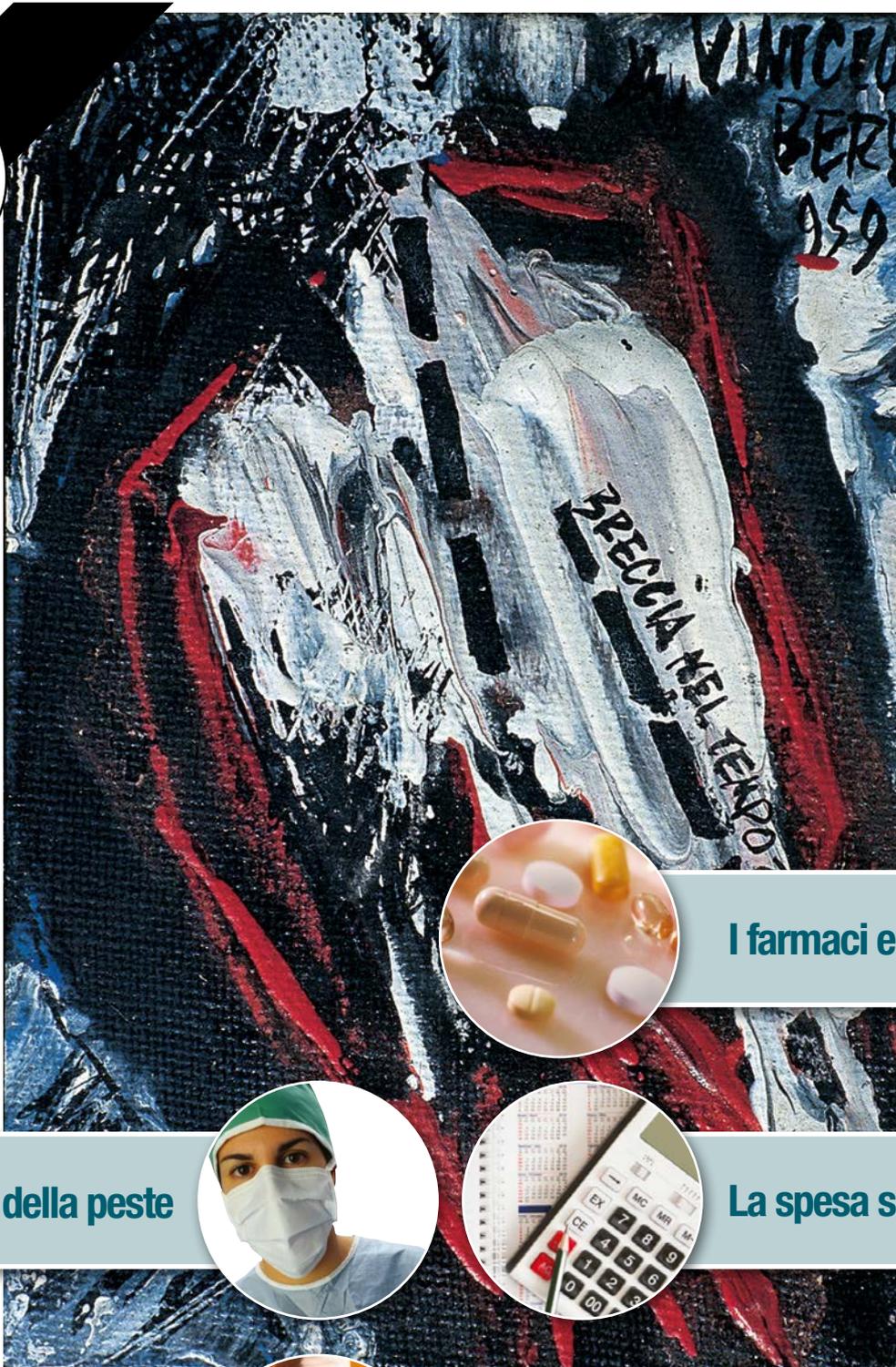
# TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVIII n. 4 aprile-maggio 2020 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

APRILE-MAGGIO

4



I farmaci e la SARS-COV-2



Il medico della peste



La spesa sanitaria in Italia



Il fattore umano nel lavoro sotto pressione

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE







Anno XXXVIII - n. 4 aprile-maggio 2020  
ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

**Direttore Responsabile**  
Teresita Mazzei

**Capo Redattore**  
Simone Pancani

**Segretaria di Redazione**  
Antonella Barresi

**Direzione e Redazione**  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze  
tel. 055 0750625  
telefax 055 481045  
[a.barresi@omceofi.it](mailto:a.barresi@omceofi.it)  
[www.ordine-medici-firenze.it](http://www.ordine-medici-firenze.it)

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

### Editore

Pacini Editore Srl - via Gherardesca 1 - 56121 Pisa  
[www.pacinimedica.it](http://www.pacinimedica.it)

**Advertising and New Media Manager:** Manuela Mori  
Tel. 050 3130217 • [mmori@pacinieditore.it](mailto:mmori@pacinieditore.it)

**Ufficio Editoriale:** Lucia Castelli  
Tel. 050 3130224 • [lcastelli@pacinieditore.it](mailto:lcastelli@pacinieditore.it)

**Grafica e Impaginazione:** Massimo Arcidiacono  
Tel. 050 3130231 • [marcidiacono@pacinieditore.it](mailto:marcidiacono@pacinieditore.it)

### Stampa

Industrie Grafiche Pacini  
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa  
[www.grafichepacini.com](http://www.grafichepacini.com)

Finito di stampare Aprile 2020 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è  
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art.  
13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati per-  
sonali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto  
gratuitamente, di consultare, far modificare o cancel-  
lare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro tratta-  
mento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto  
potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:  
[a.barresi@omceofi.it](mailto:a.barresi@omceofi.it)



Fondato da  
**Giovanni Turziani**

*In copertina*  
Vinicio Berti  
*Breccia nel tempo 29*  
olio su tela  
cm 15x10  
Collezione privata

### EDITORIALE

- 4 Le lettere e gli eroi  
*T. Mazzei*

### 5 - LETTERE AUTORI VARI

### LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 15 Il "Manuale contro la peste" del dottor Buonagrazia,  
medico della Misericordia  
*R. Beconcini*

### QUALITÀ E PROFESSIONE

- 17 Epidemia SARS-COV-2: usare con prudenza  
alcune classi di farmaci  
*J.-R. Laporte*
- 20 A mani nude  
*M. Geddes*
- 22 Il medico. "Il più umano degli eroi"  
*D. Lippi*
- 23 "Oro, fuoco e forza". Quel che la storia delle pestilenze  
ha da insegnare  
*M. Geddes e coll.*
- 25 Quelle epidemie che hanno cambiato la storia  
*D. Lippi*

### 16,30 - RICORDO DI SERGIO MORI, RICORDO DI GIANDOMENICO IANNUCCI

### 26 - LETTI PER VOI

### 26 - NOTIZIARIO



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

### COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: [a.barresi@omceofi.it](mailto:a.barresi@omceofi.it), con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 9.000 battute spazi inclusi, più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza



OPEN ACCESS

La rivista è open access e divulgata sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). Il fascicolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

## Le lettere e gli eroi

di Teresita Mazzei

Il tempo sospeso della pandemia. Il sovvertimento delle abitudini consolidate.

Le nuove solitudini e le convenienze forzate.

La giratina autorizzata con il cane e l'ora d'aria per i bambini reclusi.

Il rito laico quotidiano della conferenza stampa della Protezione Civile.

Le code davanti ai supermercati e i deserti cittadini.

Il sovraccarico della Rete e la gente che nonostante tutto esce, corre e si ritrova.

Piazza San Pietro deserta e bagnata di pioggia ad abbracciare il Papa dolente.

I drammi dell'economia e della scarsa unione d'Europa.

I mezzi delle Forze dell'Ordine schierati, lampeggianti in funzione e sirene accese, di fronte agli Ospedali a rendere omaggio a chi dentro si spende allo sfinimento.

**La celebrazione sui social di questi nuovi "eroi" (che probabilmente**

**ben volentieri avrebbero fatto a meno di una simile medaglia) e le polemiche per una Sanità già devastata anche prima dell'intervento di COVID-19.**

Su questo scenario improbabile e di poca certezza le lettere hanno riscoperto il loro valore antico, da tempo oscurato dalle parole che corrono velocissime verso ogni angolo del *web*, quasi che comunicare per scritto qualcosa agli altri potesse in qualche modo servire a esorcizzare il famigerato e onnipresente distanziamento sociale di oggi.

In questo numero di "Toscana Medica", pensato e costruito con lo *smart working*, in assenza pertanto di umane comunicazioni che oggettivamente in condizioni normali tanto aiutano la nascita di una rivista, pubblichiamo alcune delle lettere che sono circolate in queste settimane, come spunto di riflessione e dibattito a recupero almeno parziale dell'interrotta socialità.

Troverete pertanto nelle prossime pagine le articolate prese di posizione della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dell'Ordine di Firenze sul tema del giorno, l'ormai celebre grido di rabbia (o magari di dolore, impotenza, frustrazione?) della dottoressa livornese pubblicata su "la Repubblica", i contributi dei Colleghi, il disagio profondo degli operatori del 118 di Massa Carrara.

I tempi di "Toscana Medica" non permettono come si dice in gergo di "stare sul pezzo" e di garantire l'attualità dei contenuti, cosa peraltro per la quale la Rivista non fu ideata al momento della sua creazione.

**Però l'augurio senza tempo che tutto finisca al più presto e che la normalità ritorni routine, quello certamente possiamo farlo.**

**A gran voce e a tutti noi, nel ricordo affranto e pieno di dolore dei Colleghi che hanno perso la propria battaglia contro COVID-19.**

**Il sito del nostro Ordine è listato a lutto come atto di partecipazione dolorosa alla morte dei molti, troppi, medici italiani deceduti per COVID-19.**

**Anche un nostro iscritto, Giandomenico Iannucci, si è aggiunto da pochi giorni al triste elenco dei caduti nella guerra contro questo virus terribilmente contagioso e mortale.**

**Il nostro vuole essere un simbolico abbraccio e una preghiera per tutti questi cari Colleghi e per le loro famiglie.**

**Il ricordo della loro straordinaria e generosa professionalità sarà perenne nei nostri cuori.**





Ill.mo Ass. Stefania Saccardi

Ill.mo Sig. Presidente Enrico Rossi

e p.c. ai Presidenti degli OMCeO  
della Regione Toscana

Egr. Assessore,

gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Toscana, enti sussidiari dello Stato, esprimono grave preoccupazione per l'evoluzione della epidemia da COVID-19 e per il numero di operatori sanitari contagiati nella nostra Regione.

Allo stato, agli scriventi Ordini provinciali non è stato comunicato, da parte della Regione Toscana e dal competente Assessorato, il numero dei Medici contagiati o posti in quarantena.

Il personale medico, e sanitario in generale, sta dando una grande prova di professionalità, che va ben oltre il dettato deontologico, con spirito di abnegazione e sacrificio. Sacrificio che, però, non deve arrivare all'eroismo o, peggio, al rischio per l'integrità psico-fisica propria e, talvolta, dei propri familiari.

In altre occasioni, con altri comunicati, abbiamo chiesto maggiore attenzione per la protezione degli operatori sanitari sia negli ospedali che nel territorio, dove per mancanza di idonei presidi gli operatori stessi stanno combattendo a mani nude una guerra snervante.

È di tutta evidenza, infatti, che l'adeguata applicazione di tali misure può concorrere a limitare la trasmissione e la circolazione del coronavirus, permettendo quindi di mantenere

i servizi sanitari efficienti anche in situazioni di emergenza, senza peraltro dimenticare che la popolazione continua ad avere bisogno per altre patologie, oltre a quella legata alla infezione da coronavirus.

Ad oggi abbiamo notizie, ma i dati ufficiali li attendiamo dal competente Assessorato Regionale, che numerosi operatori sanitari sono infettati o posti in quarantena, ciò che impone una seria riflessione sul fatto che vi sia stato qualcosa che non ha funzionato nella strategia di protezione personale degli operatori medesimi.

Riteniamo doveroso, da parte nostra, ribadire e sottolineare che la buona organizzazione del lavoro, la chiarezza dei ruoli e il rispetto delle procedure, accompagnati da corrette comunicazione, informazione e formazione, rappresentano misure di prevenzione collettiva. Ma ad esse, poi, deve essere affiancato l'uso di idonei dispositivi di protezione individuale da parte di ogni singolo sanitario che opera in situazioni che prevedano contatti con casi sospetti o confermati di COVID-19.

Appare utile segnalare che l'INAIL, in un documento ufficiale, e l'OMS nelle direttive internazionali, ritengono che il personale sia medico che sanitario in generale, in corso di emergenze infettive, deve essere dotato di filtranti respiratori FFP2, protezione facciale ed occhiali protettivi, camice impermeabile a maniche lunghe e guanti.

Il personale medico ospedaliero, della medicina generale e dell'emergenza/urgenza territoriale, comprendendo in questo ambito tutti coloro che a vario titolo vi concorrono, in questa emergenza sanitaria è sottoposto ad un forte sovraccarico di lavoro e di stress, mentre dovrebbe rimanere sereno, soprattutto non dovendosi preoccupare, sopra ogni limite accettabile, di rischiare di ammalarsi. In questa grave situazione è imperativo fare di tutto per ridurre la probabilità di burn-out degli operatori.

I nostri Ordini, in questo senso, sono un osservatorio privilegiato, ed è nostro preciso dovere segnalare la comparsa delle prime avvisaglie di malessere e di malumore tra i nostri iscritti, i quali hanno la percezione di non essere adeguatamente protetti dalla pericolosa infezione da coronavirus.

Tutto ciò premesso, gli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Toscana chiedono, con lo spirito collaborativo che ci ha sempre caratterizzati, al competente Assessorato regionale alcuni miglioramenti organizzativi, come di seguito esplicitati:

- 1- Immediata comunicazione per via telematica al Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) il nominativo dei propri pazienti risultati positivi al COVID-19, affinché il Medico possa mettere in atto le più adeguate procedure di contenimento del contagio;
- 2- Dotazione di kit di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come indicati dalle direttive internazionali (OMS) e dall'INAIL per tutti i medici e gli operatori sanitari in generale che per qualsiasi motivo sono venuti o vengono a contatto con soggetti COVID-19 sospetti o accertati;
- 3- Qualora non vi fossero adeguate (in qualità e/o quantità) forniture di DPI, modificare l'assetto organizzativo assistenziale per evitare il contagio degli operatori sanitari,

per tutti i motivi suddetti e, contemporaneamente, per evitare agli operatori di dover operare scelte poco etiche in merito a chi poter curare, e a chi no, nel miglior modo possibile; scelte che sarebbero in forte contrasto tanto con la nostra Costituzione che con la deontologia professionale;

- 4- Comunicare periodicamente agli Ordini professionali il numero dei medici che risultano essere contagiati o in quarantena;
- 5- Inclusione della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri tra le rappresentanze che siedono al tavolo regionale sull'emergenza COVID-19, al fine di portare il contributo dei medici e concorrere fattivamente alla individuazione di strategie e soluzioni utili alla salute dei cittadini toscani.

Sempre in spirito di fattiva collaborazione, inviamo cordiali saluti.

La Federazione Toscana degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

I Presidenti Degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Regione Toscana

Dr. Lorenzo Droandi, Arezzo  
 Prof.ssa Teresita Mazzei, Firenze  
 Dr. Roberto Madonna, Grosseto  
 Dr. Vincenzo Paroli, Livorno  
 Dr. Umberto Quiriconi, Lucca  
 Dr. Carlo Manfredi, Massa Carrara  
 Dr. Giuseppe Figlini, Pisa  
 Dr. Beppino Montalti, Pistoia  
 Dr. Guido Moradei, Prato  
 Dr. Roberto Monaco, Siena

Dr. Massimo Bernini, Presidente Commissione Regionale Odontoiatri  
 Dr. Giovacchino Raspini, Vice Presidente Commissione Regionale Odontoiatri

Arezzo, 18 marzo 2020



## Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Via Giulio Cesare Vanini, 15 – 50129 – Firenze

Tel. 055.496522 – Fax 055.481045

Email protocollo@omceofi.it - PEC segreteria.fi@pec.omceo.it

Sito web: www.omceofi.it

Lettera aperta agli Organi di Informazione di Firenze

### COVID-19: I MEDICI CHIEDONO DI ESSERE ASCOLTATI

Preso atto dello sforzo nazionale in atto del Governo e delle Istituzioni Regionali teso a bloccare il diffondersi dell'infezione da COVID-19, è da rilevare che la pandemia viene rallentata in una prospettiva di mesi di lotta.

Nella nostra città l'Ordine dei Medici di Firenze ha suggerito, ha ascoltato ed ha aspettato le Istituzioni sanitarie con rispetto e con attenzione, fedele al proprio ruolo di Ente Sussidiario dello Stato che deve agire in modo responsabile al fine di sostenere questa grande battaglia contro la pandemia da COVID-19.

L'Ordine dei Medici ricorda tuttavia che nella storia di Firenze si insegna che a volte è vile parlare, ma a volte è ancor più vile tacere ed è per questo che non si può sottacere il fatto che Firenze sta diventando, con le lente ed asfissianti scelte che vengono fatte, una vera e propria incubatrice del Coronavirus.

La riflessione parte da una considerazione generale: o si sceglie di operare una sorveglianza attiva oppure la pandemia finirà per bloccare tutto il sistema assistenziale cittadino.

L'Ordine dei Medici ricorda che per battere la pandemia bisogna scegliere dove, come e quando identificare i portatori del virus perché è il metodo scientifico che deve guidare le scelte organizzative e non viceversa.

L'Ordine evidenzia che è ormai conoscenza comune che una quota superiore al 70% dei contagiati sia asintomatica o paucisintomatica e pur contagiosa. In questo senso i sanitari ad oggi sono indubbiamente la fascia di popolazione più esposta al rischio di contagio diretto e i più a rischio di diffusione della malattia.

Pertanto, se i presidi ospedalieri, gli ambulatori dei medici specialisti ambulatoriali e dei medici di medicina generale hanno operatori potenzialmente COVID positivi, diventa prioritario identificare gli operatori COVID positivi e metterli in quarantena! Altrimenti tutta l'assistenza è destinata a collassare rapidamente.

Preoccupazioni analoghe l'Ordine esprime per tutto il settore di assistenza sanitaria privata. Quindi una scelta prioritaria diventa quella di fare test ematici e virologici mediante tampone a tutta la popolazione dei dipendenti dell'Azienda USL Toscana Centro e delle Aziende Ospedaliere ed in primis al personale sanitario dipendente e convenzionato. Altrettanto deve essere previsto per il settore dell'assistenza privata.

L'Ordine dei Medici vuole che a curare i pazienti ci sia un personale sanitario non infetto. Questa strategia deve allargarsi alle famiglie del personale trovato infetto con metodo scientifico per circoscrivere possibili fonti di focolaio ed inoltre deve allargarsi a tutti i servizi non sanitari che permettono alla popolazione di alimentarsi o di avere garantito l'ordine pubblico. Tutti sanno bene che le categorie a rischio sono quelle più esposte al pubblico.

Abbiamo bisogno dei Carabinieri, della Polizia, dei cassieri dei supermercati al pari del personale sanitario!

L'Ordine dei Medici è convinto che l'attenzione vada poi rivolta a chi soffre e segnala sintomi e pertanto la ricerca di altre persone positive si sposta nelle case o, come fatto in Corea del Sud, nelle postazioni dalle quali i cittadini transitano per essere sottoposti a tampone. È possibile anche creare un sistema di sorveglianza capillare che garantisca l'adeguato isolamento dei pazienti, facendo affidamento sugli strumenti della telemedicina.

Quindi nel territorio testare i sintomatici, mettere in isolamento i positivi e mettere in isolamento le persone che per contatto con gli stessi si sono esposti al contagio diventa un altro step indispensabile di una strategia che non può vedere il Sistema Sanitario rincorrere e tappare le falle che si formano, ma al contrario deve vedere il Sistema Sanitario protagonista di una impresa realizzabile, possibilmente senza eroi morti: 37 medici deceduti ad oggi su quasi 5.000 unità di personale sanitario contagiato.

Solo in questo modo è possibile far calare i tassi di infezione.

Altresì l'Ordine dei Medici di Firenze non può rimanere indifferente rispetto alla carenza di dispositivi di protezione sui quali va fatta chiarezza per due motivi:

- in primo luogo perché sussiste una carenza in assoluto di mezzi di protezione non più accettabile;
- in secondo luogo perché quando i dispositivi vengono messi a disposizione sussiste una carenza qualitativa in termini di capacità di protezione.

La recente diffida alle Direzioni Generali delle Aziende e Enti del SSN da parte di tutti i Sindacati medici sulla mancanza di DPI per il personale sanitario operante in condizioni di emergenza epidemiologica da COVID-19 ne è la palese e triste conferma.

Anche i dati parlano chiaro e dicono che in Italia gli operatori positivi sono l'8%; in Cina il 4%. Non si fa abbastanza quindi per tutelare gli operatori sanitari.

L'Ordine dei Medici chiede pertanto di riflettere sulle scelte fatte in altri Paesi: **è sicuramente infatti più utile creare ospedali ad hoc per la lotta al coronavirus che distribuirne la presenza in tutti i presidi.**

L'Ordine dei Medici vuole infine richiamare l'attenzione sui pazienti immunodepressi, affetti da patologie oncologiche o sottoposti a trattamenti salvavita. Un recente decreto legge del 18 marzo ne prevede la tutela se riconosciuti portatori di handicap. L'Ordine chiede invece che tutta la popolazione affetta da tali patologie sia tutelata in rapporto a tale patologia senza bisogno di alcun riconoscimento, se non il possesso degli accertamenti specialistici che hanno dato loro le diagnosi di cui sopra.

Concludendo, sappiano le Istituzioni che questo è un grido di dolore di chi è al fronte a sostenere la lotta contro la pandemia. Alle Istituzioni l'Ordine dei Medici di Firenze quindi, dice:

**ASCOLTATE GLI OPERATORI SANITARI E RISPONDETE AI LORO BISOGNI! LA LORO MISSIONE NE TRARRÀ SICURO BENEFICIO PER LA DIFESA DI TUTTA LA COMUNITÀ.**

Firenze, 26 marzo 2020

*Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della provincia di Firenze*

## Smettetela di chiamarci eroi

Sono una nefrologa dell'ospedale di Livorno. Lavoro in ospedale ormai da 15 anni, la maggior parte dei quali proprio nell'ospedale di Livorno che ormai è un po' casa mia. Conosco tutti e quasi tutti ormai conoscono me, anche se molti ancora mi chiamano "signorina", e, ohimè, nemmeno più signorina ma "signora", perché il tempo passa per il mio aspetto, ma non per i pregiudizi culturali. Scrivo questa lettera a titolo personale ma sapendo che parlo a nome di molti medici e infermieri. Smettetela di chiamarci eroi. Smettetela di ringraziarci. Smettetela con i cartelli fuori dell'ospedale per noi. Smettetela con le iniziative vergognose e umilianti di chiederci di farci le foto in servizio con l'*hashtag* #CiPrendiamoCuraDiVoi.

Noi siamo sempre gli stessi. Siamo quelli che fino a due mesi fa avete assalito, offeso, aggredito, umiliato. Siamo sempre i soliti che ci facciamo in quattro. Lo abbiamo fatto fino a ora: quando un collega si ammala copriamo il suo turno, se se ne ammala due ne copriamo due, se se ne ammala tre ne copriamo tre, senza straordinari, con le ore in più che ci tagliano ogni 4 mesi; siamo quelli che veniamo a lavorare malati, ingessati. Gli infermieri fanno notti consecutive senza recuperare. Sapete cosa vuol dire passare una notte intera in piedi? Spesso con ricoveri, urgenze, ma anche se una notte è tranquilla (che tranquille tranquille non sono mai). Sapete cosa significa vivere tra i puzzi, tra la diarrea, nel vomito, tra le urla degli anziani che in ospedale si disorientano? Immaginatevene due di seguito. Da noi gli infermieri lo fanno se un collega è malato. Non abbiamo sabati sera, domeniche, feste, ponti. Non ci possiamo sognare mai di unire due festività. Devi baciare per terra se te ne tocca una. Veniamo in reperibilità, svegliati alle tre, alle

quattro di notte, da sempre, senza mai fiatare, magari perché tizio è stato a una festa e ha esagerato e va dializzato d'urgenza. Non stacchiamo mai. Ci telefoniamo sempre a casa fra colleghi: "avrò fatto bene? Mi sono dimenticato di vedere gli esami di tizio... controlla a che velocità ho messo questa flebo, c'era casino magari ho sbagliato". Ci telefoniamo, ci messaggiamo quando dovremmo stare tranquilli a casa con i nostri cari che, sapete, abbiamo anche noi. E anche loro si ammalano, anche loro muoiono. Anche noi ci separiamo. E noi continuiamo a venire a curarvi, a sentire i vostri sfoghi, a vedere le miserie umane e le bellezze umane, ogni giorno.

E quindi sì, anche noi sbagliamo. Sì, sbagliamo. Con una piccola differenza: che non possiamo permettercelo. Mai. E se lo facciamo (ma spesso anche se non lo facciamo) ci denunciate.

Siamo gli stessi che aggredite quando la mamma di 96 anni muore, e spesso ci fate causa, come se le persone non dovessero mai morire.

Siamo gli stessi che offendete in ambulatorio urlando perché non possiamo assicurarvi una visita in tempi brevi, come se fosse colpa nostra e non di chi l'intero popolo vota e accetta da sempre come pecore.

Siamo gli stessi che offendete perché il parente non reagisce a una terapia o perché ha sanguinato dopo un intervento o perché respira male magari dopo che ha fumato 40 sigarette al giorno per 40 anni.

Siamo gli stessi che aggredite in pronto soccorso dove andate anche solo perché vi s'è scheggiata un'unguia e pretendete tempi rapidi e soccorsi impeccabili, e soprattutto gratuiti.

Siamo gli stessi che minacciate IN CONTINUAZIONE di denunciare. Siamo gli stessi che denunciate in continuazione.

Siamo quelli a cui scaricate i vostri genitori anziani perché non vanno d'intestino e fate pagare alla comunità migliaia di euro di un ricovero perché col cavolo che pagate 30 euro un infermiere per fare un clistere a casa, perché voi avete diritto. Tutti hanno sempre diritto. Diritto a non pagare mai un euro di più, diritto a non aspettare, diritto a essere visti sempre dallo stesso medico, diritto ad avere infermieri perfetti, medici perfetti mai adirati, mai stanchi, non solo bravi ma anche gentili.

Siamo quelli di cui non vi fidate perché su internet c'è scritta un'altra cosa.

È vero, la mia categoria è a volte indifendibile. Ci sono gli avidi, i mnefreghisti, i boriosi. Ma non sono tutti così. Lo zoccolo duro della categoria NON È COSÌ. La maggior parte dei medici che lavorano lo fanno per missione. Lo facciamo perché lo abbiamo scelto, perché ci piace la medicina, perché ci piace aiutare. Quelli sono i medici. Gli altri sono le mele marce come ne esistono in tutti i lavori, nessuno escluso.

Eppure ci avete tolto tutto, ci avete tolto i sussidi, le forze, il rispetto, ma soprattutto ci avete tolto l'entusiasmo, la passione, la trasparenza. Ci avete reso stanchi, cinici, abbruttiti. Certo è stata la politica, le nostre classi dirigenti, le nostre ineffabili direzioni, ma siete anche voi utenza. Perché tutto alla fine poi passa di lì. Quello scambio finale, quello tra medico e paziente è quello che alla fine ti fa ridere o piangere.

Per cui non chiamateci eroi per favore. Perché noi non siamo cambiati. Noi siamo gli stessi di due mesi fa. Siete voi che negli anni siete cambiati.

*da la Repubblica, 20 marzo 2020*

Valentina Batini  
Nefrologa, Livorno

# Smettetela di chiamarci eroi

## Parte seconda

Credo che il nostro Ordine e, forse, tutti gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri a livello nazionale dovrebbero riprendere questi concetti e chiedere che tutti noi facessimo una riflessione sulla situazione della nostra Sanità in Italia. Abbiamo più volte sentito parlare di “Malasanità” anche con *spot* pubblicitari. Quanto danno hanno fatto queste cose nello spirito dei Colleghi che si sono sentiti sotto costante accusa e quanto medicina difensiva hanno creato! Ora siamo eroi!! La scelta di diventare

medico è sempre stata impegnativa sul piano morale, molti hanno avuto successo, moltissimi però hanno lavorato nell’ombra sacrificandosi e sacrificando le famiglie per una scelta impegnativa, ma che li ha ripagati di grandi, piccole soddisfazioni.

La guarigione di un paziente è la soddisfazione più grande che si possa avere, come una diagnosi corretta per un caso difficile ci gratifica in modo straordinario anche senza che qualcuno lo riconosca e non è necessario che ci chiamino eroi.

Caro Ordine dei Medici credo che, quando saremo usciti da questa terribile vicenda, potrebbe essere il caso di aprire un grande dibattito pubblico senza condizionamenti sulla nostra Sanità.

Gian Luigi Taddei

*Già Ordinario di Anatomia e Istologia Patologica dell’Università degli Studi di Firenze. Specialista in Anatomia Patologica e Tecniche di Laboratorio. Direttore Sanitario della SynlabMED srl Centro*

# La Medicina dello *Sport* ai tempi del COVID-19

## Lettera aperta ai Colleghi

Nell’era del COVID-19, quando tutte le nostre “care abitudini quotidiane” sono state spazzate via dal virus per dare spazio alle manovre di emergenza, anche lo *sport* si è dovuto fermare di fronte a tanta forza. La chiusura inevitabile, doverosa e tempestiva degli ambulatori di Medicina dello *Sport*, ma anche la sospensione immediata di tutte le attività previste per il “ricondizionamento dello stile di vita nelle malattie cronico degenerative” (diabete, ipertensione arteriosa, cancro, cardiopatia ischemica, sindrome metabolica, obesità) hanno imposto a tutti noi medici, soprattutto a quelli con un vissuto multidisciplinare come nel mio caso (in età molto giovane, in era AIDS, trascorsi alcuni

mesi in malattie infettive) un silenzio e una riflessione profonda sugli attuali eventi drammatici.

Eventi questi, consentitemi, tanto gravi per i quali tutti vorremo dare un contributo, nel rispetto delle nostre capacità e competenze.

Oltre a renderci disponibili da subito, come medici, per eventuali ruoli di supporto a chi è in prima linea, il silenzio e la riflessione inevitabili di questo momento, sostenuti dalla spinta emotiva e quotidiana allo studio, ci hanno sollecitato idee e osservazioni che fanno recuperare ruoli che sembrano momentaneamente secondari.

Dalla letteratura recente su COVID-19 (Ying-Ying Zheng, Yi-Tong Ma, Jin-Ying Zhang, *et al.* CO-

*VID-19 and the cardiovascular system*. Nature Reviews Cardiology 2020, <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>) emerge quanto sia importante nell’*exitus* dei pazienti affetti da COVID-19 avere o non avere comorbidità.

Stiamo ancora aspettando, ma arriveranno sicuramente, i tanto attesi dati epidemiologici di chi muore “con coronavirus” e di chi invece muore” per coronavirus”.

Questo passaggio sarà fondamentale per dare ancora più forza e stimolo all’esigenza e alla necessità di riprendere, appena possibile, e ovviamente in sicurezza, a perseguire quegli orientamenti di “prevenzione e cura” che da tempo ci hanno contraddistinto.

Come medico dello *sport*, ma anche come cardiologo, avverto l'importanza di condividere con tutti i colleghi specialisti quegli indirizzi che, in un momento così drammatico, anche economicamente, per il nostro Paese, possono darci invece la spinta a sperare in una ripresa che ci coinvolga direttamente e con tutti noi in prima linea.

Non dimentichiamo il ruolo fondamentale assunto da tempo dalla Medicina dello *Sport* nel rafforzare la nostra società, nel renderla meno vulnerabile e attaccabile dalle malattie croniche con strumenti auto-gestibili, strumenti quali l'attività fisica programmata, che sono dentro di noi e che soprattutto non rappresentano una spesa ulteriore per il Paese.

Dopo il COVID-19, molti pazienti, più o meno complicati e la popolazione tutta vorranno tornare a vita normale, a riprendere la propria attività fisica e ci chiederanno come e in che modo poterlo fare: noi ci saremo.

Laura Stefani

*Medicina dello Sport  
e dell'Esercizio AOU Careggi*

## I medici convenzionati del 118 chiedono attenzione e rispetto

Buongiorno, al fine di difendere i nostri diritti di lavoratori della sanità che, ogni giorno e ogni notte, scendono in campo in difesa della salute pubblica, come avamposto di un SSN sempre più aggredito dalle problematiche di salute che quotidianamente si moltiplicano, noi medici convenzionati del 118, addetti all'emergenza sanitaria territoriale, vogliamo rendere noto quanto segue: 1) non esiste per noi un diritto alla malattia vero. Se ci si ammala ognuno provvede con una propria assicurazione all'uopo costituita. Abbiamo una tutela sanitaria fornita per 30 giorni da un'assicurazione privata che per essere attivata necessita di innumerevoli documentazioni, fogli e controfolgi da cui alla fine scaturisce un rimborso che in piccola parte va a coprire il mancato introito dello stipendio, che ricordiamo per noi essere in relazione alle ore di servizio effettuate. Chi non lavora in sostanza non mangia! Ricordiamo inoltre che molti colleghi percepiscono tale rimborso anche con 1 o 2 anni di ritardo rispetto alla malattia; 2) i medici del 118 sono quelli che per primi arrivano su incidenti stradali, infarti del miocardio, embolie polmonari, insufficienze respiratorie gravi ecc.: siamo coloro che arrivano quasi sempre per primi al letto del malato

e che per primi effettuano il soccorso dello stesso con eventuale trasporto in ospedale. I medici del 118, non rispondono al telefono o per *mail*, ma si recano fisicamente dal paziente. I medici del 118, con la pandemia del Coronavirus, sono quelli che subito vengono chiamati al fine di espletare quel fitro necessario affinché il SSN pubblico non si collassi. Siamo quei sanitari che rischiano per primi, in specie oggi, di prendersi malattie che possono davvero sfociare in problematiche di salute e perfino portare alla morte. Noi arriviamo quasi sempre per primi dal paziente, questo è il nostro compito. Sembrerebbe il più importante eppure nessuno ci ha considerato. Il nostro presidente del Consiglio, le tv, i giornali intervistano tutti, ma per noi, che siamo quelli che rischiano di più e che fanno sì che il sistema non si paralizzi, esiste solo il nulla come considerazione generale. Siamo noi che fisicamente a casa del paziente scegliamo chi ospedalizzare, noi facciamo sì che gli ospedali non si riempiano velocemente, con la nostra professionalità, rischiando la nostra salute! DOVE SONO LE NOSTRE TUTELE?; 3) è stata prevista dal Governo una quarantena retribuita per i dipendenti, un'incentivazione per i dipendenti, un congedo parentale, ma

per i medici convenzionati per il 118 cosa è stato previsto? Per tutelare le nostre famiglie e la qualità del nostro lavoro, cosa Codesto Stato ci ha riservato? IL NULLA! E a niente è servito il richiamo del presidente dell'Enpam al riguardo.

Con la speranza che questa *mail* sia solo la prima di molte in tutta Italia a partire da molti comitati che speriamo si costituiscano nelle varie province, da subito chiediamo al Governo, ai Presidenti di Regione, ai Sindaci di adoperarsi in tal senso a tutela della nostra situazione, istituendo in tempi reali e rapidi gli idonei presidi mancanti alla salvaguardia della nostra posizione lavorativa. Siamo stanchi di discorsi sulla nostra pelle! Chiediamo inoltre agli Ordini professionali, all'Enpam e ai sindacati tutti un appoggio fattivo per migliorare la nostra situazione tutt'altro che semplice, anche alla luce dell'epidemia che sta avanzando inesorabile e che presto avvolgerà tra le sue spire anche qualche poco tutelato valente medico addetto all'emergenza territoriale (118) con conseguente mancato introito e inevitabili difficoltà familiari.

Massa, 12 marzo 2020

*Comitato Medici Convenzionati  
118 Massa Carrara*

## I bambini ai tempi del Coronavirus

Gentile Direttore, cosa ne è dei piccoli italiani chiusi in casa? Vi sono confinati per proteggerli e per proteggere i loro genitori, i loro nonni, i loro insegnanti, i loro amici e fornitori dal rischio di un contagio al quale, per dirla con l'espressione eloquente di un'amica spagnola, basta il pensiero per attaccarci, un virus quindi particolarmente goloso delle nostre cellule polmonari, dei rosei alveoli che ci consentono gli scambi di ossigeno e anidride carbonica, il carico e lo scarico del carburante che tiene in vita gli organismi viventi. In questi anni a subire attacchi senza difese da parte di agenti esterni sono state, in Italia, alcune piante: delle palme ha fatto strage il punteruolo rosso, degli olivi la xylella. Adesso è la volta dell'uomo, come quei poveri alberi esposti all'assalto di un agente assai patogeno e veloce.

Intanto occorre distinguere tra i piccoli che hanno una famiglia amovibile e quelli immersi in conflitti domestici soffocanti. Questi ultimi pagheranno un fio altissimo sotto il profilo psicologico, a causa di un confino duraturo e inevitabile. Non potranno godere degli ammortizzatori sociali che talora riescono ad attutire i colpi della vita: la scuola, lo sport, i giochi con i coetanei, la mamma gentile di un amico. Gli insegnanti conoscono le situazioni più fragili e a queste dovrebbero dedicare idee e tempo, magari chiamando gli interessati, parlando con i loro genitori, creando una rete amichevole virtuale intorno agli alunni chiusi in casa.

Ci sono poi i piccoli che hanno affetti sani, ma vivono in povertà: povertà di spazi, di giocattoli, di mezzi di comunicazione, addirittura di cibo, che diventa scarso senza mense. Per questi andrebbero messi a disposizione fondi che permettano alle loro famiglie di sostentarli in un pas-

saggio altrimenti più che faticoso, disperato. Occorrerebbe includere nel pacchetto di aiuti un tutoraggio di tutti i membri del nucleo, affinché siano educati al movimento possibile in ogni palestra e dunque in tutte le abitazioni. Fare attività motoria con mamma e papà potrebbe rivelarsi addirittura divertente, una scoperta comunicativa e salutare nuova.

Il vero danno che rischia di riguardare tutti i bambini discende da facili e diffuse annunciazioni di traumi irrimediabili a loro carico. Di tali profezie di sventura sedenti esperti cominciano a riempire le pagine. Per essermi occupata a lungo di donne detenute, talora accompagnate da figli in tenera età, mi è dato sostenere, fuori dei luoghi comuni sull'argomento, che quei bambini erano sereni per il fatto di trascorrere tutto il loro tempo, seppure molte ore in cella, con la mamma e talvolta con coetanei che dividevano la medesima sorte. La possibilità sempre più ampia data loro di godere di momenti esterni, in compagnia di volontari, non ha certo nuociuto a quelle creature meno fortunate di altre. A farli soffrire irrimediabilmente, disperatamente era la separazione dalla madre, una volta superata l'età limite per restarle accanto, quando per la donna non fosse arrivato contestualmente il termine del percorso detentivo. La diade mamma-bambino, se funziona, funziona in qualsiasi situazione, anche contro gli effetti deprimenti da coronavirus. Potremmo dire che funziona anche troppo, e così veniamo al secondo danno che potrebbe investire piccoli costretti a lungo in casa, che perdono in tal modo i loro riferimenti esterni, i passi verso l'emancipazione dai vincoli originari che cominciano per tutti ben presto: le ore trascorse con parenti o tate in sostituzione dei genitori, le ore

trascorse all'asilo o a casa di amici in erba, le ore trascorse in attività sportive più o meno all'aperto, l'incontro con i fiori, i frutti, gli animali. D'improvviso, questo filo rosso che prepara il salto necessario fuori della famiglia si rompe. Dovrà essere riallacciato o andrà mantenuto attraverso strategie di conservazione tutte da inventare. A tale invenzione dovrebbero dedicarsi educatori ed esperti d'infanzia. E anche la disciplina, un'organizzazione del tempo che includa l'impegno, anche queste sono preziose acquisizioni da mantenere. L'ozio è il padre dei vizi, e dunque la domanda da porsi è come tesaurizzare un allenamento costato lacrime e sangue – lo sanno bene maestri e genitori – magari trovando forme domestiche di *training*.

Mettere il bambino al centro della costruzione di una nuova *routine* potrebbe aiutare anche l'adulto a trovare una via di scampo dal potenziale *stress* odierno: "Mi sono svegliato e ho aperto la finestra. Lascia che questo momento difficile vada via" auspicava Yusuf Atilgan, noveliere turco. Ecco, occorre svegliarsi, aprire la finestra del nostro pensiero e lasciare che le difficoltà di ora sfumino, costruendo un'eredità del poi non soltanto negativa. La cosa vale per tutti, bambini e adulti, giovani e vecchi, ricchi e poveri, senza con questo voler dire che i mezzi, non solo finanziari ma intellettuali, vitali, affettivi, emotivi, siano identici. Il problema è comunque per tutti quello di evitare la disperazione dell'animale chiuso nella sua tana.

da *Quotidiano Sanità*, 27 marzo 2020

Gemma Brandi

*Psichiatra Psicoanalista  
Esperta di Salute Mentale  
applicata al Diritto*

## Pensieri così... l'infodemia da un virus venuto da lontano

La paura della malattia è insita nell'uomo e paradossalmente nell'era moderna, nonostante i grandi traguardi scientifici raggiunti, è aumentata.

E bisogna tener presente che quando prende campo può fare molti danni. Occorre fermarsi a pensare e ragionare, cercare di distinguere la realtà dalla fantasia, la razionalità dall'incoerenza, gli aspetti reali da quelli immaginari.

C'è da dire che la società occidentale considera la salute un diritto "fondamentale" (così è sancito anche nella nostra Costituzione) senza considerare la possibilità che con la globalizzazione possa essere messa in pericolo da eventi eccezionali o comunque non prevedibili e casuali.

Non solo, l'avvento di *internet*, la moltiplicazione esponenziale di messaggi postati nei *media* hanno portato a credere di avere sufficienti conoscenze sul tema salute da essere "autonomi", con una non celata diffidenza se non sfiducia verso le fonti scientifiche accreditate, la Sanità in genere e in primo luogo verso i medici.

Ed ecco in questo scenario arrivare l'epidemia Covid-19, con i dovuti richiami alla Spagnola del 15/18, il tanto prospettato avvento di un nuovo virus mortale e devastante..., il tam-

tam continuo, incessante, insistente assordante di tutti i *media*.

Finché era in Cina, nessuno comunque se ne è molto preoccupato, anzi forte della propria "immortalità" ha anche fatto ritorno da quel Paese senza prendere nessuna precauzione, né per sé né per gli altri.

Ora che il Covid-19 è arrivato in Italia, è scattata la paura, viscerale, diffidente, irrazionale. Invece di informarsi dal proprio medico, si sta ore davanti alla tv o al pc ad ascoltare o leggere qualsiasi notizia venga detta o scritta, e più è negativa, preoccupante, infausta più la si ascolta e diventa la propria verità. Invece questo è il momento della reazione, del riappropriarsi della vita. Per prima cosa rivolgersi al proprio medico per tutte le informazioni certe della situazione nazionale e locale della malattia.

Seguire le precauzioni che da giorni l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato sui giornali, divulgato sui *media* e che sono affisse in tutti gli ambulatori medici, prima fra tutte l'importanza della disinfezione frequente delle mani e degli oggetti più comuni (telefoni, tastiere pc, *tablet*, maniglie di auto...), cosa che peraltro viene consigliata da sempre (ricordiamoci che esistono moltissime

malattie che così si diffondono...), non affollare gli ambulatori medici o il pronto soccorso non avendo sintomi o eventuale contatto con persona infetta, ma solo per paura, non affollare farmacie e parafarmacie in cerca di strani e costosi disinfettanti o delle famose mascherine. A questo proposito ricordo che le mascherine servono solo per chi è malato (o sospetto tale) per evitare di diffondere l'infezione, non per chi è sano.

Altra condizione è costituita dalla prevenzione e dalle cautele per il personale sanitario, ovviamente a motivo dei contatti multipli e rischiosi ai quali siamo esposti.

E infine riacquistiamo la fiducia nella nostra Sanità che sta dando prova di "tenere" a questa improvvisa e inaspettata emergenza, dimostrando senza dubbio di essere ancora una volta una delle migliori Sanità al mondo.

Perché in questa epidemia, che ha più o meno gli stessi numeri dell'influenza, quello che conta è essere seguiti e curati in maniera dovuta. Ed è quello che il SSN sta facendo.

Paola Maria Mandelli

*Medicina Generale,  
Specialista in Allergologia, Pistoia*

### SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito [www.toscanamedica.org](http://www.toscanamedica.org) del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute!

Info: [a.barresi@omceofi.it](mailto:a.barresi@omceofi.it)

# Il “Manuale contro la peste” del dottor Buonagrazia, medico della Misericordia

di Riccardo Beconcini



RICCARDO BECONCINI

Iscritto alla Misericordia di Firenze dal marzo 1970. Nel luglio del 1993 è chiamato dal Corpo Generale ad assumere la carica di Capo di Guardia. In quegli anni ha ricoperto svariati incarichi: Economo, Responsabile automezzi e Cerimoniere. Dal 2016 è responsabile dell'Archivio Storico della Misericordia di Firenze, coadiuvato dalla dott.ssa Barbara Affolter e dalla dott.ssa Laura Rossi

Fra i protagonisti della Misericordia in prima linea nell'opera di soccorso sanitario spicca il nome di Girolamo Buonagrazia (1470-1541), medico di ruolo della Confraternita della Misericordia sin dal 1501. Come tale aveva l'obbligo di curare i fratelli e le sorelle della Compagnia e, più in generale, i “poveri” della città (*Statuti del 1501*, capitolo 3). In cambio gli spettava una “provisione di lire ventiquattro piccoli et un'oca per Ognissancti, et una candela per la Candelaia et uno capretto per la Pasqua et non altro”. In tempi di contagio, peste in primis, al personale sanitario della Misericordia la provvisione veniva raddoppiata, ma nonostante ciò molti preferivano rinunciare all'incarico ai primi segnali di “ammorbamento”. Non così il dottor Buonagrazia, sempre disponibile in ogni circostanza.

Nel 1522 la situazione sanitaria a Firenze si era fatta grave; da Roma giungevano notizie preoccupanti del dilagare di una terribile epidemia di peste altamente contagiosa. I capitani della Misericordia reagirono immediatamente mettendo in campo uomini e risorse materiali per combattere la difficile battaglia. Contemporaneamente chiesero al Buonagrazia di contattare “sei fra i più dotti e anziani medici della città, valenti sia nell'arte medica sia in campo naturalistico e chirurgico” per riunirli nella sede della Confraternita ed elaborare con loro le più avanzate strategie atte, da un lato, a preservare dalla malattia gli operatori sanitari in servizio e, dall'altro, a dare sollievo agli infettati. Risultato del consulto doveva essere un “Manuale contro la peste”

da distribuire ai 72 responsabili della Compagnia della Misericordia, i cosiddetti “Capi di guardia”.

Buonagrazia fece quanto richiestogli e consegnò in tempi record la sua *Opera nuova della provisione et cura del morbo*. Il trattato si presenta in due parti: una prima, di 28 pagine, scritta in latino di carattere “teorico-scientifico” e rivolta agli “esperti dall'arte medicinale”, e una seconda, molto più contenuta, di appena 10 pagine, scritta in volgare e destinata – lo spiega lo stesso Buonagrazia –, “a quelli che delle lettere non hanno cognitione, a' quali non si repliecherà le cose theoreticali [della parte latina] perché hanno di bisogno di cose breve, expeditie et utile.”

La parte latina si apre con un preambolo nel quale Girolamo Buonagrazia spiega che l'idea del trattato era nata dall'esigenza di disporre, da parte della Misericordia, di un manuale tecnico-pratico da utilizzare affinché “il contagio pestilenziale non si propaghi ulteriormente senza controllo tra un gran numero di persone” e “il morbo venisse eliminato totalmente, desiderando nel modo più efficace prendere precauzioni sagaci e caritatevoli nei confronti di tutti”. Segue un capitolo dedicato alla “Definizione della pestilenza” quale “malattia improvvisa, dai molteplici sintomi, che colpisce contemporaneamente un gran numero di persone.”

Seguono l'elencazione di una serie di tecniche di prevenzione della pestilenza partendo da specifiche “osservazioni” (evitare liquidi troppo densi, preferire zone areate e temperate,

liberarsi ricorrendo a salassi ecc.) e la descrizione di medicinali quali erbe, pillole, elettuari, polveri ecc. Fra i rimedi anche i “pomi”, preparati fatti di erbe a forma sferica da accostare al naso per purificare l'aria; la loro composizione cambiava a seconda della classe economica dei malcapitati. Il Buonagrazia infatti propone “pomi per ricchi” con acqua di fiori d'arancio, di rose e altro, “pomi per il ceto medio” composti da viole, canfora, croco ecc. e, infine, “pomi per i poveri” ai quali consiglia di annusare più semplicemente maggiorana, ruta, santoregia o viola secondo la stagione!

La parte seconda, quella scritta in volgare, si apre con un suggerimento: “Consiglio guardarsi da ogni peccato; et quelli tanti che ne fussino, confessarsene diligentemente”; e non si dimentichi di “placare l'ira del Signore” con la preghiera e le buone opere. Seguono pagine di indicazioni di carattere pratico circa, ad esempio, la composizione della dieta, le situazioni da evitare (“superflua umidità”, aria cattiva ecc.), eventuali rimedi da adottare e altro ancora.

Particolare risalto viene dato all’“olio di scorpioni”, rimedio di riprovata efficacia “la cui descriptione è questa: recipe scorpioni di boschi di poggio, quando el sole è in leone, affoghinsi in quanta quantità di olio vecchio che basti e mettinsi in un vaso di vetro ben turato”.

Girolamo Buonagrazia si prende



*I fratelli della Misericordia durante la peste, in Pietro Pillori, Istoria dell'oratorio e della Ven. Arciconfraternita di S. Maria della Misericordia di Firenze, Firenze 1843.*

cura anche dell'“animo” dei suoi interlocutori: ricorda, infatti, che le malattie non vanno combattute solo operativamente ma anche sul piano psicologico: “*Infra gli accidenti dell'animo, è la paura cattivissima: el suspecto è buono ma non la paura*”. E termina, “*deb-bensi in questo tempi vivere più lieto che nelli altri, cioè con più spassi*” purché siano “*leciti, cioè non di coito perché nocivo*”.

*Per l'edizione integrale del testo con saggi introduttivi, cfr. “De provisione et cura morborum pestilentialium. Hieronimi De Bonagratiis physici florentini”, a cura di Barbara Maria Affolter e Laura Rossi, introduzione Maurizio Naldini, contributi Donatella Lippi, Esther Diana, Domizia Weber, Firenze 2015.*

[info@misericordia.firenze.it](mailto:info@misericordia.firenze.it)

## Ricordo di Sergio Mori

Il 26 gennaio di quest'anno ci ha lasciato Sergio Mori.

Era nato a Livorno, il 27 aprile 1925. Intrapresi gli studi in Medicina e Chirurgia, si laureò a Firenze nel 1950, specializzandosi subito dopo in Pediatria con il prof. Cesare Cocchi di cui divenne per lunghi anni assistente presso l'Ospedale Pediatrico Meyer. Sotto la sua eminente guida affinò la propria cultura pediatrica e il proprio senso clinico, quella dote che si guadagna soltanto con l'osservazione attenta e con l'esperienza. Acquisì in quel periodo la libera docenza in Clinica Pediatrica e in Puericultura e successivamente l'idoneità a Primario. Fu negli ultimi anni della propria presenza al Meyer che orientò gli interessi professionali verso i bambini prematuri di cui diresse un reparto con grande competenza. Nel 1973 si recò a Losanna per acquisire presso quella sede le moderne tecniche di assistenza a questi bambini ed ebbe in seguito possibilità di contatti e di collaborazione con l'analoga struttura sorta a Roma. Nel 1974 divenne primario della Divisione pediatrica dell'Ospedale San Giuseppe di Empoli, presso la quale con un personale giovane ed entusiasta realizzò, fra i primi in Italia, una sezione di Neonatologia che utilizzava la Pressione Positiva Continua di una miscela di aria e ossigeno per il sostegno respiratorio ai neonati che necessitavano di questo supporto. Seppe trasmettere ai collaboratori interesse e passione mai rinunciando a stare loro affianco. Nel 1984 divenne Primario presso l'UO di Pediatria dell'Ospedale San Giovanni di Dio e vi rimase fino al 1990, anno in cui andò a riposo.

Fu vero Maestro e amico di coloro che hanno avuto la fortuna di percorrere insieme la sua strada e ne rimpiangono la generosità, la semplicità, la bonomia, la passione professionale che ha restituito a molte famiglie il bene più grande che è la vita di un bambino.



Nicola Monterisi

# Epidemia SARS-COV-2: usare con prudenza alcune classi di farmaci

di Joan-Ramon Laporte

Traduzione e adattamento di Saffi Giustini, Medico di Medicina Generale, Commissione Farmaco Regione Toscana



JOAN-RAMON LAPORTE  
Specialista in farmacologia clinica. Fondazione  
"Institut Català de Farmacologia",  
Università Autonoma di Barcellona

Nell'attuale situazione di grave pandemia di SARS-COV-2, è necessario evitare il più possibile i fattori di rischio per polmonite. Il consumo di vari tipi di farmaci aumenta il rischio di polmonite e la sua mortalità. Numerose classi di farmaci possono aumentare il rischio di polmonite attraverso diversi meccanismi: possono deprimere il sistema immunitario e altri sistemi di protezione antibatterica, possono ridurre la ventilazione polmonare e favorire la formazione di atelettasie nel contesto di un'infezione respiratoria virale, possono favorire l'aspirazione di alimenti perché influenzano i muscoli della deglutizione. Molti pazienti assumono inutilmente alcuni di questi farmaci. Se coloro che non ne hanno bisogno cessassero di prenderli, si potrebbero evitare migliaia di casi gravi e di decessi.

**Parole chiave:**  
SARS-COV-2, polmonite, pazienti fragili, revisione terapia, deprescrizione

## Farmaci che aumentano il rischio di polmonite

### *Antipsicotici / neurolettici (aripirazolo, olanzapina, quetiapina, risperidone, aloperidolo, tra gli altri)*

Il consumo di neurolettici moltiplica da 1,7 a 3,0 il rischio di ricovero ospedaliero per polmonite. Aumenta anche la mortalità per polmonite e altre cause.

In Catalogna, nel 2015, 89.431 persone (60.000 donne) di età superiore ai 70 anni hanno ricevuto un antipsicotico, generalmente in trattamento continuo (più di 7 mesi per paziente all'anno). Di queste persone, il 7% ne ha ricevuti due o più simultaneamente (una pratica senza giustificazione apparente).

I più consumati sono stati la quetiapina (circa 40.000 persone), il risperidone (25.000), l'alooperidolo (13.600) e l'olanzapina (4.000).

Prendiamo il valore più basso fornito dagli studi, cioè un rischio 1,7 volte maggiore di polmonite tra i consumatori di antipsicotici.

Se l'incidenza annuale di polmonite fosse del 10% in coloro che non li consumano, sarebbe del 17% in coloro che assumono antipsicotici e vi sarebbero ulteriori 70 casi di polmonite per 1.000 persone trattate attribuibili agli antipsicotici (da 100 a 170).

Se l'incidenza annuale fosse del 20%, il numero di casi aggiuntivi causati dagli

antipsicotici sarebbe doppio, 140 (da 200 a 340). Se fosse il 50% nelle persone che non ricevono antipsicotici (più che plausibile in un centro di salute sociale in questo momento), l'incidenza sarebbe dell'85% nelle persone esposte e ci sarebbero 350 più casi di polmonite per ogni 1.000 persone che ricevono un antipsicotico (da 500 a 850). In Catalogna, circa 90.000 persone di età superiore ai 70 anni ricevono antipsicotici (21.720 in residenze). Con un'incidenza del 50% nei non esposti, in un anno il numero di casi previsti passerebbe da 45.000 a 76.500, cioè ci sarebbero 31.500 casi di polmonite attribuibili alla prescrizione di antipsicotici per le persone anziane.

Più della metà degli antipsicotici è prescritta agli anziani in indicazioni non autorizzate dalle agenzie regolatorie, in dosi inadeguate o per periodi eccessivamente lunghi. In queste situazioni non ci sono prove di effetti benefici mentre i rischi sono evidenti, in termini di scarsa qualità della vita, malattia e mortalità.

Il rischio di contrarre una polmonite conferito dagli antipsicotici è stato attribuito ai loro effetti extrapiramidali, ma sembrano importanti anche la sedazione che producono (e la diminuzione della ventilazione polmonare) e i loro effetti sul sistema immunitario.

### *Anticolinergici*

Il consumo di anticolinergici aumenta il rischio di polmonite da 1,6 a 2,5 volte. Esistono numerosi tipi e gruppi di farmaci con attività anticolinergica: antistaminici anche da banco, farmaci per l'incontinenza urinaria come ossibutina, antidepressivi triciclici e altri.

I dati pubblicati sul consumo sono scarsi. In Catalogna, nel 2014, 42.000 persone di età superiore ai 70 anni (4,3% dell'intera popolazione di questa età) hanno ricevuto un farmaco anticolinergico. Evitare l'esposizione dei pazienti, in particolare gli anziani, a questi farmaci potrebbe anche prevenire qualche migliaio di casi aggiuntivi di polmonite.

I farmaci anticolinergici aumentano il rischio di polmonite a causa dei loro effetti sedativi e perché possono alterare lo stato mentale e contribuire al rischio di aspirazione, nonché a scarsa ventilazione polmonare e formazione di atelettasie nel contesto di un'infezione respiratoria virale.

### **Antidolorifici da oppioidi**

Gli antidolorifici da oppioidi aumentano il rischio di polmonite e mortalità respiratoria del 40-75% al di sopra del basale.

Gli oppioidi aumentano il rischio di polmonite deprimendo la respirazione e riducendo la ventilazione polmonare; alcuni hanno anche mostrato un effetto immunosoppressivo, che contribuirebbe al rischio di polmonite.

In Catalogna, nel 2016, 481.905 persone (6,4% della popolazione) hanno ricevuto un antidolorifico oppiaceo; 54.000 persone ne hanno ricevuti due diversi.

Tra gli over 70, la percentuale della popolazione che riceveva oppiacei variava dal 12,7% (uomini di età compresa tra 70 e 79 anni) al 32,7% (donne > 90 anni).

### **Ipnotici sedativi**

I risultati degli studi sull'uso delle benzodiazepine e il rischio di polmonite sono discordanti. Uno studio ha riscontrato un aumento del rischio del 54%. In un altro del 20%. Numerosi studi hanno dimostrato un aumento significativo del rischio di polmonite nelle persone che assumono farmaci ipnotici e sedativi insieme ad altri depressori del sistema nervoso centrale (oppiacei, gabapentinoidi).

### **Antidepressivi**

Un recente studio su oltre 130.000 pazienti con BPCO ha riscontrato un au-

mento del 15% del rischio di polmonite e un aumento del 26% della mortalità per polmonite negli utilizzatori di antidepressivi. Altri studi hanno riscontrato un aumento del rischio nei consumatori di antidepressivi insieme ad altri farmaci depressivi del sistema nervoso.

### **Gabapentin e pregabalin**

Nel dicembre 2019, la FDA ha avvertito che i gabapentinoidi aumentano il rischio di polmonite e insufficienza respiratoria grave e fatale, soprattutto se consumati insieme a antidolorifici oppioidi, ipnotici e sedativi, antidepressivi e antistaminici.

La scheda tecnica di gabapentin riporta che l'incidenza di infezioni virali è "molto frequente" (più di 1 su 10 persone trattate) e che l'incidenza di polmonite e infezione respiratoria è "frequente" (tra 1 su 10 e 1 su 100 persone trattate).

La scheda tecnica pregabalin afferma che nei pazienti trattati con questo farmaco, la rinfaringite è "frequente" (tra 1/10 e 1/100).

Gabapentin e pregabalin hanno un'efficacia limitata nel trattamento del dolore neuropatico e sono sostanzialmente inefficaci per il trattamento della lombalgia e di altre rachialgie.

In Catalogna, nel 2015, in media 57.000 pazienti di età > 65 anni hanno assunto gabapentin o pregabalin.

### **Inibitori della pompa protonica (PPI, omeprazolo e simili)**

La ridotta acidità gastrica e l'aumento della colonizzazione batterica nello stomaco e nell'intestino causate da questi farmaci possono anche aumentare il rischio di polmonite. Due meta-analisi di studi osservazionali hanno mostrato aumenti dal 34% al 50% nel rischio di polmonite comunitaria nelle persone che usano questi farmaci. Studi più recenti hanno confermato l'entità di questi rischi.

In Catalogna ogni anno 1,5 milioni di persone (19% della popolazione) ricevono farmaci PPI, generalmente in trattamento continuo (mediana di 7,4 mesi di trattamento all'anno, circa 300 milioni di dosi giornaliere).

Il 57,4% degli over 65 riceve un IPP continuo.

Con un consumo così diffuso, qualsiasi effetto avverso a bassa incidenza può avere un impatto significativo sulla salute.

Molte persone che ricevono IPP non ne hanno bisogno; questi farmaci non sono efficaci nel trattamento della dispepsia.

È essenziale rivedere le indicazioni per l'uso di questi farmaci e identificare i pazienti che non ne hanno bisogno.

### **Uso simultaneo di vari farmaci**

L'uso simultaneo dei farmaci esaminati in questo rapporto moltiplica l'aumento del rischio di polmonite. Un aumento del rischio è stato riportato anche in utenti con uso concomitante di corticosteroidi per inalazione, antipsicotici e inibitori della pompa protonica.

In Spagna, la prescrizione di farmaci psicotropi e omeprazolo agli anziani è considerevolmente più frequente che in altri Paesi. Nel 2015, in Catalogna, 505.143 persone (il 51% di quelle con più di 70 anni) hanno ricevuto farmaci antidepressivi. Nelle persone che vivono in residenze sanitarie questa percentuale era del 68%. Più del 10% di quelli oltre i 70 anni ha ricevuto contemporaneamente due farmaci psicotropi.

### **Farmaci oncologici e immunosoppressori**

Inibiscono l'immunità. I pazienti che li assumono sono più suscettibili alle infezioni, virali e non virali.

- I pazienti trattati con questi farmaci generalmente non devono interrompere il trattamento. In ogni caso, va tenuto presente che un numero significativo di pazienti con carcinoma in fase terminale riceve ancora agenti chemioterapici antineoplastici, in una fase della malattia in cui non possono più avere un effetto benefico, ma molti effetti negativi (inclusa la polmonite).
- D'altra parte, molte persone ricevono farmaci immunosoppressori per condizioni che non sono così gravi da giustificare l'uso. Ad esempio, i pazienti con psoriasi, con malattia infiammatoria intestinale o con artrite reumatoide lieve o moderata ricevo-

no questi farmaci senza trattamenti di prima linea.

- I corticosteroidi hanno un effetto immunosoppressivo e aumentano il rischio di polmonite, nei pazienti con asma e nei pazienti con BPCO.
- La maggior parte dei pazienti con asma non deve abbandonare il trattamento. Purtroppo, ci sono pazienti che ricevono corticosteroidi per via inalatoria senza essere davvero asmatici. Ad esempio, in Catalogna ogni anno circa 35.000 bambini sotto i 15 anni ricevono corticosteroidi per via inalatoria, occasionalmente e apparentemente ingiustificati; è conveniente rivedere ed eventualmente sospendere queste prescrizioni.
- Una buona parte dei pazienti con BPCO può fare a meno dei corticosteroidi per via inalatoria; in uno studio la loro sospensione è stata seguita da una riduzione del 37% dell'incidenza della polmonite.

#### **ACEI e antagonisti dell'angiotensina (Arbs)**

È emerso un dibattito sul fatto che i pazienti che ricevono un trattamento con inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina e antagonisti del recettore dell'angiotensina 2 siano ad aumentato rischio di polmonite grave se contraggono COVID-19. Lipote-

si è stata formulata sulla base dei dati ottenuti in una serie di pazienti, senza un gruppo di confronto. Le associazioni statunitensi di cardiologia hanno pubblicato una dichiarazione in cui si afferma che non vi sono prove cliniche di questo effetto, ma si raccomanda di considerare attentamente le esigenze di ciascun paziente prima di modificare un trattamento ACEI o Arbs.

Uno studio pubblicato nel 2012, su 1.039 casi di polmonite comunitaria e 2.022 controlli, non ha riscontrato un aumento del rischio nei pazienti trattati con ACE-inibitori.

Nei pazienti con ipertensione, insufficienza cardiaca o cardiopatia ischemica, non sembra essere una priorità rivedere il trattamento con nessuno di questi farmaci.

#### **Ibuprofene o acetaminofene per la febbre?**

Le complicanze respiratorie, settiche e cardiovascolari di un'infezione respiratoria possono essere più frequenti quando si assume un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS). In diversi studi, inclusi almeno due *trials* clinici, e in alcuni studi osservazionali, sono stati segnalati una maggiore incidenza e un rischio maggiore di complicanze da malattie infettive (inclusa la polmonite e anche infezioni delle vie respiratorie superiori attribuite a coronavirus e altri virus). Poiché non disponiamo di dati contrari, è poco probabi-

le che il paracetamolo in caso di febbre comporti complicazioni.

#### **Conclusioni**

- Molte persone, in particolare gli anziani, ricevono farmaci non necessari, inefficaci o in indicazioni non autorizzate, che favoriscono la comparsa di polmonite (virale o batterica).
- In una situazione come quella odierna, è urgente rivedere e interrompere trattamenti non necessari e dannosi.
- È particolarmente urgente rivedere la prescrizione di farmaci psicotropi (in particolare antipsicotici), farmaci anticolinergici e analgesici oppiacei.
- Per quanto possibile, durante la situazione di pandemia è consigliabile rivedere rigorosamente tutti i farmaci di ciascun paziente, al fine di evitare non solo il rischio di polmonite, ma anche altri effetti indesiderati dei farmaci maggiormente prescritti.

*da VobiSMagazinE, marzo 2020, edizione speciale Covid.*

*Collage di notizie sul farmaco e nei dintorni della Medicina Generale, a cura di Paola Mandelli, Saffi Giustini, Luigi Santoiemma, Lora Accettura, Umberto Alecci*

jrl@icf.uab.cat

**C**ome era bello  
**O**gni mattina  
**R**isvegliarsi  
**O**cchieggiando  
**N**uove  
**A**ttenzioni

**V**erso  
**I**nostri  
**R**emoti  
**U**rbani  
**S**pazi!

**T**utto ciò  
**I**n vero,  
**V**errà  
**I**nesorabilmente  
**N**uovamente  
**C**onosciuto  
**E**ssendo  
**R**iconoscenti a voi,  
**E**roi  
**M**edici ed infermieri  
**O**berati di lavoro e di amore!

**Carlo Ressel**

*Già Medico di Medicina Generale, Firenze*

# A mani nude

di Marco Geddes



MARCO GEDDES

Medico, è stato Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Firenze-Centro dell'Azienda Sanitaria di Firenze e dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova. Vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità, assessore alla Sanità e Servizi Sociali del Comune di Firenze

In occasione di questa drammatica evenienza epidemica si sono levate, quasi unanimi, le voci che hanno dichiarato in sintesi: “Mai più tagli al nostro Servizio sanitario nazionale!”. Dietro a tale sentimento vi è l'ipotesi che le difficoltà nelle quali si dibatte il nostro sistema, pur con il grande impegno degli operatori – giustamente definiti: “*moderni eroi in una inattesa guerra contro un nemico difficile*” –, sia conseguenza di carenze di mezzi e personale. Le analisi sulla spesa sanitaria, il suo andamento, le sue componenti non sono mancate in questi anni, con studi utili e approfonditi, fra i quali segnaliamo in particolare, oltre al consueto aggiornamento del MEF, l'annuale rapporto CREA, il Rapporto Gimbe sul de-finanziamento del periodo 2010-2019 e, per quanto riguarda le risorse umane, il Rapporto NEBO.

Si resta pertanto più che perplessi, francamente attoniti, di fronte a una recente intervista rilasciata da Luigi Marattin (Italia Viva) che, accecato dall'ideologia o dalla malafede, ha attaccato il professor Walter Ricciardi per le sue dichiarazioni sul de-finanziamento e definito “incredibili” i dati pubblicati dalla Fondazione Gimbe, affermando che i tagli sulla sanità sono una balla.

La recente pubblicazione dell'Osservatorio sui conti pubblici, diretto da Carlo Cottarelli, mi permette di fare alcune riflessioni. La Figura 1 mostra la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil nel corso di un ventennio. Come è evidente vi è una crescita fino al 2009 e, successivamente, una costante riduzione. Noi non stiamo

discutendo, in riferimento all'attuale situazione della nostra sanità, se la spesa sanitaria pubblica in Italia sia aumentata nel corso degli ultimi decenni, cosa ovvia e comune a, praticamente, tutti i Paesi, come sa chiunque apra un libro di storia. Esaminando infatti gli andamenti dal secondo dopoguerra, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta rispetto al Pil: 2,5% nel 1960, 4,1% nel 1970, 5,6% nel 1980, 6,1% nel 1990 e nel 2009, come indica la Figura 1, superava il 7%. La successiva riduzione ne evidenzia il de-finanziamento che è rilevante in particolare se si considera che in tale periodo il Pil, di cui la spesa è espressa in percentuale, è diminuito in Italia dello 0,3 annuo, mentre nell'EU è aumentato del 1.0.

Anche il finanziamento in termini assoluti viene a decrescere dal 2010 fino al 2017, quando raggiunge la cifra precedente, come evidenzia la Figura 2 (linea rossa).

Ma quello che conta, per comprare farmaci e attrezzature, per mantenere gli stipendi degli operatori in termini di potere di acquisto, è rappresentato dalle altre due curve, quella grigia e quella arancione, che evidenziano un crollo e un successivo appiattimento con una modestissima risalita solo nel 2018 e 2019.

Perché concentriamo la nostra attenzione e le nostre valutazioni su questo periodo? Perché esaminiamo quest'ultimo decennio? Perché siamo “gufi”? Perché siamo polemici e quindi vogliamo

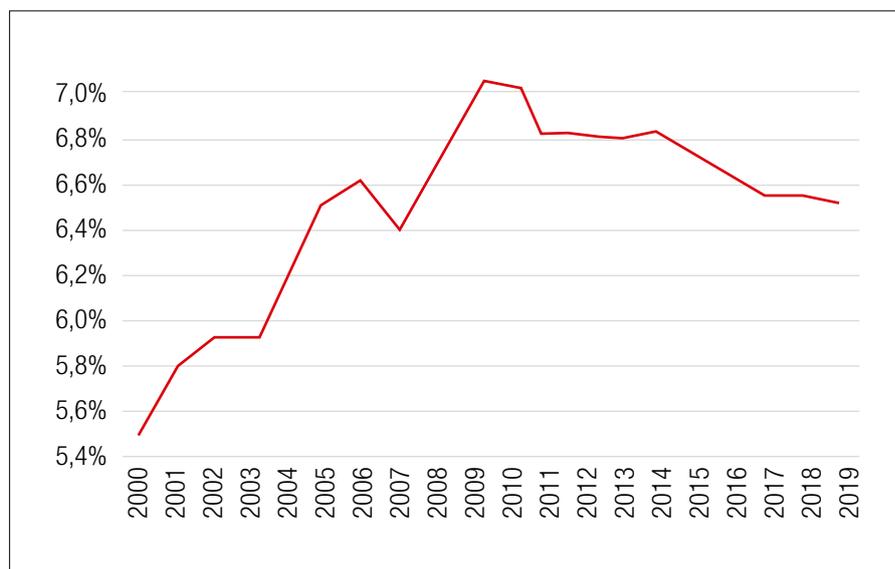


Figura 1 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil (%).

evidenziare solo quello che non va bene? Lo facciamo per due regioni: una sanitaria e l'altra politico-economica.

Lo facciamo perché il funzionamento – e la “elasticità” – del Sistema Sanitario Nazionale risente, in misura rilevante, dell'ultimo decennio. In sanità molte cose in termini di conoscenze, di farmaci, di organizzazione cambiano a ritmo sostenuto; le tecnologie diagnostiche convenzionali sono obsolescenti dopo 10 anni, quelle digitali dopo 7 anni. Il personale in 10 anni invecchia di ben 10 anni. Capisco che questa affermazione risulti pleonastica, ma evidentemente non se ne era tenuto conto bloccando le assunzioni! Il che vuol dire che i medici che avevano 55-65 anni ora sono andati via e non sono stati rimpiazzati. Per gli infermieri – non a caso – è lo stesso. Ma, ad esempio, se avevano 40-50 anni, ora ne hanno 50-60. Anche questo è ovvio, ma meno ovvio è il fatto che si tratta di un lavoro che comporta anche un impegno fisico rilevante. Per inserire un ago in vena a un degente ci si china, per medicare una piaga o posizionare una padella si compie uno sforzo fisico movimentando il paziente, per controllare la sacca che raccoglie l'urina dal catetere ci si abbassa fin quasi a terra: di giorno, di notte, a capodanno... Nei primi decenni del mio lavoro un infermiere, quando compiva 50 anni, veniva destinato all'attività ambulatoriale proprio per queste ragioni; ora quest'età è superata dalla maggioranza del personale infermieristico in attività.

L'altra ragione di focalizzare l'attenzione sull'ultimo decennio è, come affermavo, più specificamente di carattere politico, per valutare le scelte economiche e sociali in risposta alla crisi manifestatasi all'inizio di tale periodo. Non è esercizio inutile ripercorrere brevemente il succedersi dei governi: il lungo periodo berlusco-

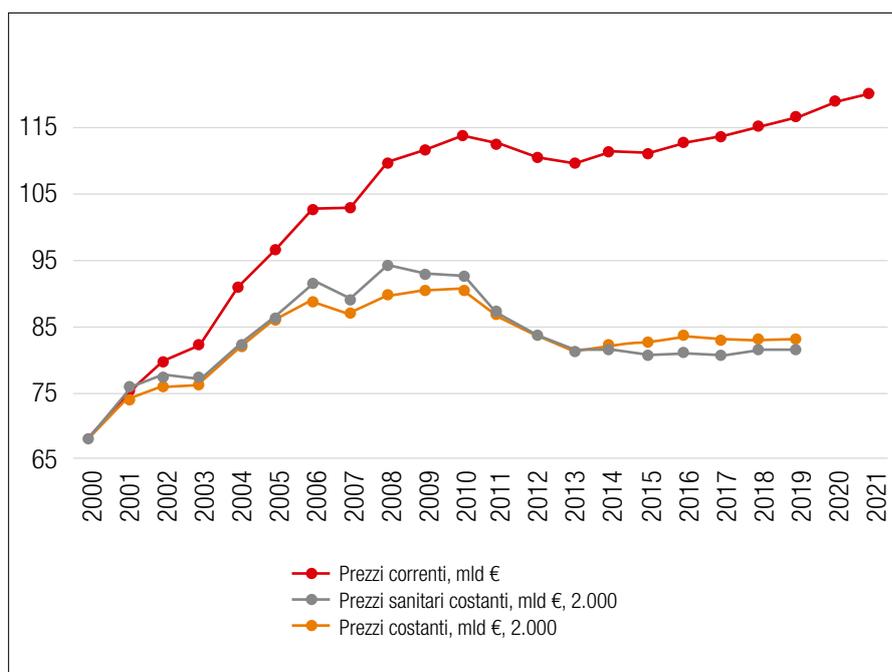


Figura 2 – Spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro).

niano, dal 2008 al 2011 (1.287 giorni), poi il governo Monti, di “unità nazionale” (2011-2013; 401 giorni); segue, dopo il breve governo Letta (solo 292 giorni), il lungo periodo del governo Renzi (2014-2016; 1.014 giorni), seguito dal governo Gentiloni (fino al 2018; 536 giorni).

In sintesi, schematicamente, due schieramenti che si sono succeduti con un intervallo (Monti-Letta); lo schieramento più recente con un'assoluta continuità al Dicastero della Sanità: (1.860 giorni, la maggiore nella storia repubblicana). Se noi esaminiamo la sanità quale “cartina di tornasole” degli orientamenti politici complessivi, non possiamo certo affermare che, fra i due periodi, vi sia stata una inversione di tendenza, che si siano confrontate visioni diverse. *La diminuzione dei finanziamenti è proseguita, ha interessato sia la spesa corrente sia gli investimenti, che si sono ridotti, dal 2012 al 2017, del 47%*; il personale è stato ridotto anche in settori (quello infermieristico) largamente deficitari, non rimuovendo quell'assurdo vincolo, introdotto nel 2009, che imponeva una spesa per il perso-

nale pari a quella del 2004, meno l'1,4%; la formazione post laurea non ha avuto alcuna adeguata programmazione, senza tener conto della documentata previsione di carenze in medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione.

Si è trattato di acquiescenza allo status quo? O forse di convinzione? Del fatto che tanti hanno assimilato le parole d'ordine neo liberiste, che sussurravano: “Meno stato, più mercato!”, “Il mercato e la libera concorrenza sono i veri motori di uguaglianza!”.

Questa è la convinzione che si è installata, come un *trojan* informatico, nella mente e nella coscienza di tanti, convinti così che vi fosse una – peraltro unica – legge economica naturale. Forse è proprio questo che ha caratterizzato il passato decennio.

Ed è di questo che l'attuale crisi ci deve far prendere coscienza.

da Saluteinternazionale.info

<https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/a-mani-nude>

# Il medico. “Il più umano degli eroi”

di Donatella Lippi



DONATELLA LIPPI  
Storia della Medicina e Medical Humanities,  
Dipartimento di Medicina Sperimentale  
e Clinica Università degli Studi di Firenze

Intorno alla fine degli anni Ottanta del 1300, Geoffrey Chaucer iniziò a scrivere *I racconti di Canterbury*: nel *Prologo Generale*, venivano introdotti i trenta pellegrini, che avrebbero raccontato le loro storie sulla via per Canterbury.

Uno dei personaggi è un medico molto dotto, che indossa abiti sontuosi, di stoffe pregiate... ed ecco il gioco di parole: *“Il medico teneva ciò che aveva guadagnato durante la pestilenza, perché l'oro in medicina è un cordiale. Per questo amava così tanto l'oro”*.

Il nesso oro-pestilenza va molto al di là dell'ironia e dell'interesse di Chaucer per la raffigurazione della società del XIV secolo, offrendo l'opportunità di riflettere sulla figura del medico in tempo di epidemia: consenso espresso, consenso implicito, addestramento speciale, reciprocità, codici e giuramenti...

Quali sono i presupposti su cui si fondano la teoria morale e il principio che il medico, in tempo di epidemia, abbia il dovere di curare i malati, a costo della propria vita?

Il problema venne sollevato alcuni anni fa, nel 2008, in un articolo uscito sull'*American Journal of Bioethics* (8.8:4-19), a firma di un gruppo di lavoro su etica e pandemie, sostenuto in parte dal *Florida Department of Health*.

Un lavoro lungimirante, premonitore. Quasi oracolare.

Se – scrivevano gli Autori – la questione era stata sollevata dai pazienti HIV+, il ridimensionamento della situazione aveva

naturalmente reso il problema puramente “accademico”, ma il dilemma si sarebbe potuto presentare con malattie infettive a rapida diffusione, come la Sars, la malattia da virus Ebola, l'influenza aviaria, la tubercolosi antibiotico-resistente: la velocità di diffusione di un'influenza avrebbe potuto mostrare che un virus può avere il potenziale di sopraffare e bloccare un intero sistema sanitario, creando situazioni inedite, in un modo in cui l'Aids non aveva mai fatto.

Era il 2008. Il panorama apocalittico, disegnato come possibile nell'articolo (medici morti, medici ammalati, medici in quarantena, cancellazione di visite specialistiche, di interventi, di *screening*...) è quello che stiamo vivendo oggi. *“Fortunately, Sars never developed into the global pandemic that was feared...”*.

Quali misure sono state prese per esorcizzare le conseguenze di una pandemia, di cui, nel 2003, abbiamo avuto solo un saggio circoscritto?

Apparecchi per la ventilazione, ricerca di vaccini... ma... i medici? I posti nelle Scuole di specializzazione?

Oggi è il senso di responsabilità, sintetizzato in un passo del Giuramento Professionale FNOMCeO, a sostenere i tanti medici che hanno promesso, a suo tempo, di *“prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità”*.

In prospettiva storica, l'epidemia di Covid-19 ha sostanziato queste

parole di drammatica consapevolezza.

Quando, nel 163 d.C., scoppiò a Roma la Peste Antonina (vaiolo?), il grande Galeno lasciò la città e tornò a Pergamo e, nel 1665, il celeberrimo Thomas Sydenham, sostenitore del neo-ippocraticismo, abbandonò una Londra devastata dalle peste...

Il *medicus physicus*, vertice della gerarchia professionale, quando rimaneva in città, inviava il chirurgo, praticante di rango inferiore, a visitare i malati: il chirurgo gli avrebbe descritto i sintomi attraverso la finestra e attraverso la finestra il *medicus* avrebbe pronunciato il suo verdetto e indicato la terapia...

Ma le epidemie erano frequenti e la medicina restava un monopolio pressoché esclusivo, elitario, difficile da conquistare: per questo, le epidemie diventavano occasione di affermazione professionale e il medico, reclutato in queste occasioni, si configurò, progressivamente, come figura istituzionalizzata.

I governi, che fornivano a questi medici presidi difensivi, come la spongia olfacianda e l'abito trattato con sostanze aromatiche, erano soliti attivare contratti particolarmente allettanti, come quando, nel 1479, la città di Pavia fece ricorso a un giovane professionista per curare i malati di peste, gratificandolo con un salario molto generoso, aumenti progressivi,

rimborso spese, concessione della cittadinanza.

Questa negoziazione tra rischi e benefici è proseguita fino a tempi recenti.

Quando, nel 1793, un'epidemia di febbre gialla imperversò a Filadelfia, Benjamin Rusch continuò la sua opera di medico, visitando fino a 100 pazienti al giorno, finché venne arruolato un medico francese, profugo da Santo Domingo, che, nel momento di emergenza, trovò affermazione professionale.

Cinquanta anni dopo, a New Orleans, un'altra epidemia di febbre gialla determinò, da parte della *Howard Association*, che radunava un gruppo di giovani uomini d'affari, l'assunzione di medici che cercavano fama e lavoro, garantendo loro reputazione e denaro.

Questi modelli di risposta civica e medica alle epidemie sono stati superati, nel corso del tempo, da una nuova organizzazione, diversi metodi di reclutamento, moderni mezzi di prevenzione e di sorveglianza sanitaria.

Le pandemie sembravano un ricordo lontano.

Ancora, nel 1988, Daniel M. Fox, *professor of Humanities in Medicine* allo *State University* di New York, ricordava come i cambiamenti nella storia naturale delle epidemie fossero diventati un tema di interesse esclusivamente storico.

La lotta che stiamo combattendo oggi smentisce le sue parole.

E, a fronte del ricorrente richiamo dei nostri giorni alla terminologia della guerra, vale il senso del Monumento al Medico Caduto, inaugurato all'indomani del Pri-

mo Conflitto Mondiale, all'interno della Scuola di Sanità Militare di Firenze.

Realizzato con il bronzo dei cannoni austriaci, lo stesso con cui erano state forgiate le medaglie al valore dei soldati, rendeva omaggio a tutti quei medici e aiutanti di sanità che si erano messi al servizio del Paese, morti nell'adempimento del loro dovere.

Il medico, scriveva l'autore, lo scultore ferrarese Arrigo Minerbi, "il più umano degli eroi".

*Bibliografia: da IlSole24OreSanità – <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2020-03-30/il-medico-il-piu-umano-eroi-102358.php?uuid=ADHxFuG>*

donatella.lippi@unifi.it

## “Oro, fuoco e forza”. Quel che la storia delle pestilenze ha da insegnare

di Marco Geddes, Antonio Floridia

“Oro, fuoco e forza!”, fu la risposta che Giovanni Filippo Ingrassia diede, nel 1575, a chi gli chiedeva quale fosse stata la sua strategia contro l'epidemia di peste che si diffuse in quell'anno a Palermo e che egli riuscì a “contenere” con buoni risultati.

Ingrassia: chi era costui? Nato a Regalbuto (Enna) nel 1510, riuscì a studiare e laurearsi in Medicina a Padova, o forse a Bologna; medico personale di molti regnanti, sull'onda della fama conseguita, il viceré Pedro de Toledo gli assegnò

nel 1544 la cattedra di Anatomia e Medicina teorica a Napoli. Rientrato a Palermo nel 1563, fu nominato da Filippo II “protomedico” di Sicilia e poi capo di una deputazione generale di salute pubblica che affrontò lo scoppio di quella pestilenza. Il senso di quella formula è evidente e possiamo tradurlo in termini “moderni”: risorse economiche, risanamento sanitario, stringenti normative che obblighino all'osservanza delle regole.

Sono ricette a cui possiamo ap-



**MARCO GEDDES**  
Medico, è stato Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero Firenze-Centro dell'Azienda Sanitaria di Firenze e dell'Istituto Nazionale Tumori di Genova. Vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità, assessore alla Sanità e Servizi Sociali del Comune di Firenze

**ANTONIO FLORIDIA**  
È dirigente della Regione Toscana, responsabile dei settori “Osservatorio elettorale” e “Politiche per la partecipazione”. Dal 2014 al 2017 è stato presidente della Società Italiana di Studi Elettorali

pellarci ancora oggi, di fronte alla frattura epocale che sta provocando il Coronavirus?

Sulla prima (l'“oro”), non ci sono molte parole da spendere: la pan-

demia cui stiamo assistendo attorniti richiede e richiederà una radicale riconversione delle logiche economiche del mondo contemporaneo.

Quanto al “fuoco”, appare evidente come non si tratti solo di approntare risposte cliniche e farmacologiche, ma di combattere seriamente quel gravissimo deterioramento ambientale alle origini dei devastanti effetti di questo virus, e forse della sua stessa genesi.

Naturalmente, il grande tema dell’oggi è quello della “forca”, che non pochi tendono a invocare come “estremo rimedio” all’indisciplina sociale; e che, per altro verso, molti temono come l’esito autoritario di un governo dello stato di eccezione.

Anche qui conviene dare uno sguardo al passato.

L’epidemia di peste di Marsiglia, nel 1720, fu circoscritta in quell’area, ma schierando il 40% dell’esercito francese in un assedio crudele; l’ultima epidemia sul suolo italiano, a Noja (Bari) nel 1815-16, fu “curata” con un assedio e con la fucilazione di alcuni poveretti che non avevano rispettato le norme. La cittadinanza ne uscì ferita e profondamente mutata. Cambiò perfino nome: oggi è Noicàttaro.

Anche la peste manzoniana (1630) fu affrontata in modi diversi. A Milano le norme furono applicate con cieca rigidità; i presunti untori, furono torturati e giustiziati alla Colonna Infame, ma nel contempo affollate e ripetute processioni indette dal Cardinale – contro il parere di molti medici – esacerbarono il contagio.

In quella stessa epidemia, a Firenze i provvedimenti di sanità furono oggetto di controllo, senza tuttavia applicare pene quando si riconosceva che l’infrazione era motivata da reali necessità di lavoro e di assistenza. I presunti untori furono solo due, poi scagionati e anche risarciti per l’ingiusta detenzione. Le Confraternite

svolsero un ruolo prezioso e l’Arcivescovo, quando decise di indire una processione, con l’immagine della Madonna dell’Impruneta, lo fece con l’autorizzazione dell’Ufficio di Sanità, concordando che il pubblico avrebbe assistito al passaggio dell’immagine a 100 metri di distanza.

Due approcci diversi con risultati diversi, espressione non solo di sistemi giuridici e di governo differenti, ma anche – si direbbe oggi – di una diversa robustezza della società civile e della sua partecipazione al governo cittadino. A Firenze l’epidemia fu molto più contenuta.

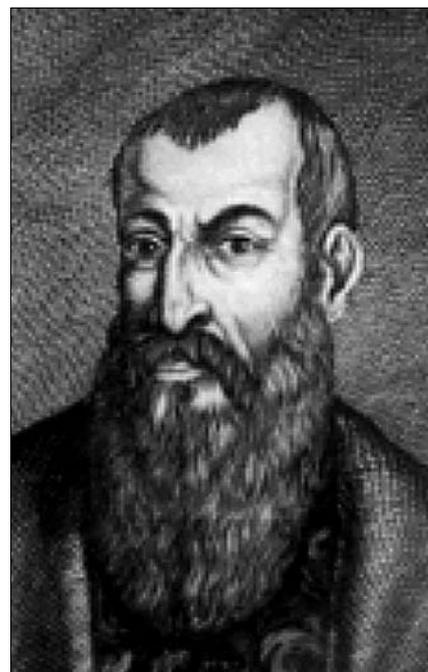
Il modo con cui l’Italia sta affrontando questa emergenza potrà forse affermarsi come un positivo modello di gestione democratica di una gravissima crisi sanitaria.

Certamente è ancora presto per dirlo, molto dipende dagli esiti di questa vicenda, e forse tale giudizio potrà essere rivisto, rovesciato o magari rafforzato; ma intanto possiamo affermare che stiamo assistendo a una strategia che cerca di conciliare l’uso di strumenti legali (norme e regole, dotate di possibili sanzioni) e l’appello alla responsabilità individuale e alla solidarietà sociale.

Difficilissimo equilibrio, in un Paese come l’Italia, dove la dotazione di “spirito civico” scarseggia storicamente in molte parti mentre e in altre si è venuta pericolosamente depauperando.

Eppure, è l’unico possibile equilibrio che possiamo oggi ricercare: restare dentro i confini di uno stato di diritto (ricordiamo l’art. 16 della Costituzione), ma non illudersi, nemmeno per un momento, che si possa ottenere il rispetto delle regole (in una società dove la potenziale mobilità individuale raggiunge vette impensabili anche solo 50 anni fa), senza la partecipazione attiva e consapevole dei destinatari di quelle regole.

La mera “legalità” non regge se non vi è “legittimazione”, ossia la convinta adesione.



Giovanni Filippo Ingrassia.

Una vicenda come quella che stiamo vivendo non può essere governata solo con una verticalizzazione del comando.

La campagna ossessiva di denuncia degli “irresponsabili” non rende giustizia alla compostezza della grandissima maggioranza degli italiani; ma ciò non toglie legittimità alle possibili sanzioni, in difesa della più radicale delle libertà: la libertà dai rischi della malattia e della morte.

E soprattutto, ha poco senso preoccuparsi oggi del restringimento degli spazi di libertà privata, quando l’esercizio incontrollato di questa libertà – e questo è un dato certo – produce danni collettivi. Forse torna d’attualità un antico insegnamento del pensiero socialista: la libertà dell’individuo può vivere solo insieme alla libertà degli altri.

*da Il Manifesto, 25 marzo 2020 –  
<https://ilmanifesto.it/oro-fuoco-e-forca-quel-che-la-storia-delle-pestilenze-ha-da-insegnare>*

marco.geddes@gmail.com

# Quelle epidemie che hanno cambiato la storia

di Donatella Lippi

*Annali delle epidemie occorse in Italia dalle prime memorie sino al 1850*: questo il titolo della monumentale opera di Alfonso Corradi (1833-1892), pubblicata nelle Memorie della Società Medico Chirurgica di Bologna in sette volumi tra il 1865 e il 1895.

Corradi, che ebbe la cattedra di Patologia Generale dell'Università di Modena, poi a Palermo e, infine, a Pavia, dove fu preside della facoltà di Medicina e rettore dell'Università, dette vita a un monumentale lavoro analitico, in sequenza diacronica, redatto sulla scorta di documenti conservati in archivi e biblioteche di tutta Italia. La trattazione prende avvio dall'ottavo secolo a.C. e giunge fino al secolo XIX, registrando epidemie, carestie e le altre catastrofi naturali a esse correlate, che hanno segnato la storia di questo lungo periodo. Per quanto sia estremamente difficile individuare la reale natura delle grandi epidemie del passato, ove non ci siano i materiali biologici che ne forniscano evidenze certe, alcune grandi svolte epidemiologiche hanno segnato indiscutibilmente la storia della civiltà occidentale, imprimendo una traccia profonda anche sull'immaginario collettivo, contaminando la letteratura, l'espressione figurativa, la musica.

Le epidemie del XIV secolo determinarono, inevitabilmente, una svolta nella storia dell'Europa occidentale, provocando cambiamenti strutturali anche sul piano sociale ed economico: Alfonso Corradi ha ripercorso queste vicende, facendo emergere dalle pieghe del tessuto della grande storia gli episodi legati alle singole congiunture della patocenosi.

Nell'Europa indigente e ipoalimentata del Trecento, sopraggiunse la terribile catastrofe della "Morte Nera", causata dalla *Yersinia pestis*, un agente patogeno trasportato dalle pulci parassite dei ratti, ospiti a bordo delle navi: tra il 1348 e il 1782, ogni venticinque anni circa, si accendeva una *poussée* epidemica.

Dalla seconda metà del Settecento la

peste scomparve dall'Europa, salvo sporadici casi: forse il *Rattus norvegicus* ebbe la meglio sul *Rattus* portatore della pulce che trasmette la peste all'uomo.

Sicuramente, venne potenziata la capacità di isolare i focolai epidemici e i cambiamenti nelle norme urbanistiche e le nuove tecniche costruttive delle case crearono ambienti molto meno ricettivi di topi e parassiti.

Inoltre, la Rivoluzione industriale, già avviata negli anni Trenta del XVIII secolo, mise in luce un'inattesa "questione sociale", che portò le Nazioni industrializzate a dotarsi di un'embrionale legislazione del lavoro e assistenziale, migliorando le condizioni socio-economiche e igienico-sanitarie di gran parte della popolazione dei Paesi occidentali. L'evoluzione dell'agricoltura e l'aumento di produzione dei beni alimentari garantirono un migliore introito calorico, rinforzando le difese organiche della popolazione contro le malattie: per tutta questa serie di circostanze, a partire dal XIX secolo, le epidemie di peste si allontanarono dalla scena europea, per terminare, nel 1844, con la peste egiziana, che chiuse la prospettiva sul Mediterraneo.

La peste si concentrò, allora, tra il 1894 e il 1906, fuori dall'Europa, in India e Giappone, passando per Hong Kong e Taiwan: a fronte di una vera ecatombe, il medico svizzero francese Alexander Émile Jean Yersin (1863-1943), contemporaneamente a Shibasaburō Kitasato (1853-1931), isolò ad Hong Kong, nel 1894, il bacillo della peste, chiamato *Pasteurella pestis*, oggi noto come *Yersinia pestis*, e creò un siero efficace per rallentare la progressione del morbo.

La peste di Marsiglia, nel 1720, fu l'ultimo grandioso episodio del morbo in Europa, ma non l'ultima delle epidemie. Influenza, vaiolo, morbillo, colera infierirono a lungo, ancora, colpendo con particolare virulenza i giovani adulti, con danni sociali rilevanti. E poi sifilide, tubercolosi, lebbra, fino alla grande pan-



DONATELLA LIPPI  
Storia della Medicina e Medical Humanities,  
Dipartimento di Medicina Sperimentale  
e Clinica Università degli Studi di Firenze

demia di spagnola, nel 1918, e agli episodi epidemici più recenti.

Ma allo sguardo del medico non erano sfuggiti, nemmeno nel lontano passato, quegli episodi che, seppur meno clamorosi, avevano lasciato un segno profondo in gran parte della popolazione europea. Scriveva Bernardo Canigiani (1524-1604), ambasciatore estense presso il duca di Toscana Cosimo I de' Medici, il 3 dicembre 1562, al Duca di Ferrara: *"Io non ho potuto fuggir questo male, il quale mi ha fatto star tre dì nel letto con febre continua; per hoggi Dio gratia mi sono levato e spero esser guarito: qua questo mal si chiama mal del castion, e ve ne sono tanti malati che non vi è numero"*. Proprio Alfonso Corradi considerò questa epidemia, che si chiamò allora "mal del castrone" e "mal del montone", per la tipica tosse "abbaiante", come una "febbre catarrale", che colpendo le vie respiratorie spesso si "frammescolava alla pneumonite". "Infreddagioni, catarri, tossi": i malati subivano questi sintomi, così violenti, per tre o quattro giorni e, in molti casi, l'esito fu letale. Nel giro di poco tempo, la malattia si estese a tutta Europa, accomunando in un analogo destino gli strati più bassi della popolazione e le famiglie nobili e abbienti, i commercianti, e i professionisti, in una catena causale che, allora, era ancor più difficile di oggi a vedersi, a crederci, a combattersi.

da *IlSole24OreSanità* – <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2020-03-25/quelle-epidemie-che-hanno-cambiato-storia-081113.php?uuiid=ADPYUmF>

donatella.lippi@unifi.it

# La penna di Florence Nightingale

(Firenze 1820-Londra 1910)

Aforismi e riflessioni della fondatrice dell'Infermieristica moderna

di Donatella Lippi e Luca Borghi

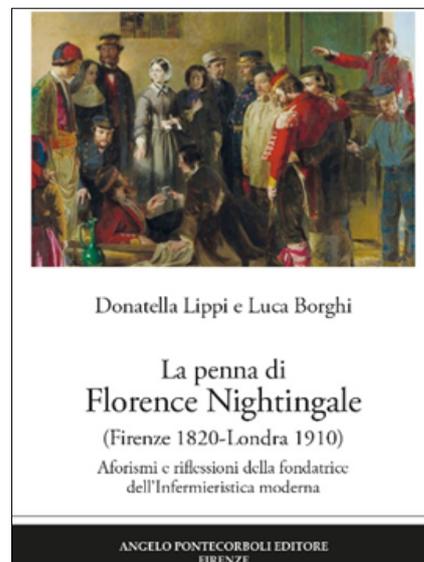
Angelo Pontecorboli Editore, Firenze 2020

Quest'anno ricorre il bicentenario dalla nascita, a Firenze, di Florence Nightingale, la fondatrice dell'Infermieristica moderna, e per questo l'OMS ha scelto il 2020 come *Year of the Nurse and the Midwife*.

Quando ho accettato l'invito di Donatella Lippi a preparare assieme questa antologia di brani tratti dalle opere della Nightingale, nessuno poteva immaginare l'atmosfera, drammatica e surreale, in cui il libro avrebbe visto la luce. Eppure, in un momento in cui l'attenzione di tutti è concentrata sull'evoluzione dell'emergenza sanitaria da Coronavirus e, giustamente, siamo tutti ammirati e grati per la dedizione del personale sanitario, a cominciare proprio da infermieri e medici, molte parole di Florence Nightingale risuonano non solo lungimiranti ma quasi profetiche: "Ogni infermiera deve badare a

*lavarsi le mani frequentemente nella giornata; tanto meglio, se si lava anche la faccia*", scriveva nel 1859 nelle sue celeberrime *Notes on nursing*. Ma nell'antologia c'è di più. C'è l'antidoto a una certa retorica sull'"eroismo" del personale sanitario che, ancorché comprensibile, rischia di far dimenticare che l'impegno incessante a favore dei malati è caratteristica quotidiana del loro lavoro, non solo nelle emergenze: "Ho conosciuto una donna che diceva e lo metteva in pratica: 'Sii eroico' nel tuo lavoro di ogni giorno".

Nelle parole della Nightingale si ritrovano le motivazioni per un auto-miglioramento continuo, una resilienza, di cui avremo tutti bisogno soprattutto quando l'emergenza sarà passata: "La professione infermieristica è, più di qualunque altra, una chiamata progressiva. Anno dopo anno gli infermieri devono appren-



*dere metodi nuovi e migliori, man mano che medicina, chirurgia e igiene migliorano. Anno dopo anno gli infermieri sono chiamati a fare di più e meglio di quanto non abbiano fatto in passato*".

Luca Borghi

Notiziario

## RACCOMANDAZIONI SULLA SICUREZZA DEL PAZIENTE PER COVID-19 EPIDEMIC OUTBREAK. LEZIONI DALL'ESPERIENZA ITALIANA

Durante questa epidemia, molti medici italiani stanno riportando le loro esperienze e analisi a livello internazionale, pubblicando sulle maggiori riviste di Medicina. Ricordiamo l'articolo di Giuseppe Remuzzi su *Lancet* che fornisce proiezioni sull'evoluzione dei casi e il numero di morti. Quello di Giacomo Grasselli e coll. su *JAMA* che ha dato utili consigli agli altri Paesi su come organizzare gli ospedali. Quello di Mirco Nacoti e coll. di Bergamo sul *NEJM*, che introduce il concetto importante di *community centered care* e non più di *patient centered care*. Anche le Società Scientifiche Italiane hanno elaborato documenti di riferimento significativi, SIARTI è stata tra le più attive, producendo linee guida e indirizzi di estremo interesse. L'*Italian Network for Safety in Healthcare* (INSH), l'associazione culturale italiana collegata alla *International Society for Quality in Healthcare* e presieduta da Riccardo Tartaglia, medico del nostro Ordine già direttore del Centro Gestione Rischio Clinico, ha infine realizzato con un gruppo di colleghi anche di altre Regioni le raccomandazioni sulla sicurezza del paziente, pubblicate dall'*International Journal for Quality in Healthcare* e riprese da altre Società Scientifiche e Istituzioni Internazionali. Il documento è disponibile nella versione inglese sul sito di ISQua ([www.isqua.org/images/PATIENT\\_SAFETY\\_RECOMMENDATIONS\\_V1.1\\_30032020.pdf](http://www.isqua.org/images/PATIENT_SAFETY_RECOMMENDATIONS_V1.1_30032020.pdf)) ma lo sarà a breve anche in italiano sul sito di INSH (<https://www.insafetyhealthcare.it>). Di rilievo anche il documento del *Clinical Human Factors Group*, **Messaggi chiave sui fattori umani quando si lavora sotto pressione**, di cui si riporta il testo integrale e che INSH ha tradotto e messo in veste grafica di facile lettura per professionisti molto impegnati. Per informazione rivolgersi a: **INSH Team COVID-19** (Micaela La Regina, Michela Tanzini, Elisa Romano, Chiara Seghieri, Riccardo Tartaglia, Giulio Toccafondi, Francesco Venneri) • [info@insafetyhealthcare.it](mailto:info@insafetyhealthcare.it)

## MESSAGGI CHIAVE SUI FATTORI UMANI QUANDO SI LAVORA SOTTO PRESSIONE

Buon lavoro di squadra, leadership e comunicazione sono le competenze non tecniche (non-technical skills) che possono salvare te, i tuoi colleghi ed i pazienti proteggendoti da rischi evitabili.



### 1. ORGANIZZA PICCOLE RIUNIONI OPERATIVE RAPIDE E VELOCI (BRIEFING) COINVOLGENDO TUTTI GLI OPERATORI INCLUSI NELL'ATTIVITÀ

I briefing possono essere organizzati all'inizio del turno, ma possono essere svolti in ogni momento. Servono per costruire un modo comune (modello mentale) di vedere e affrontare i problemi. Si basano sulla condivisione delle informazioni disponibili.

Tu puoi essere consapevole dei bisogni. Ma hai la certezza che anche gli altri membri del gruppo abbiamo messo a fuoco i problemi?

#### SUGGERIMENTI

- Essere d'accordo su protocolli dal linguaggio chiaro per evitare ambiguità e consentire risposte immediate.
- Identifica chiaramente i ruoli: Chi fa cosa, Come e Cosa fare se...
- Imposta una strategia su come condividere e discutere delle criticità (es. esposizione del problema, focus su aspetti critici, possibili soluzioni)
- Organizza il briefing prima di indossare i DPI se possibile.



### 2. QUANDO SI LAVORA SOTTO STRESS È NECESSARIO AGIRE CON PIENA COSCIENZA

In situazioni di routine le tue azioni possono essere fortemente condizionate da ansia e lo stress.

Adesso non siamo in una situazione di routine. Prenditi un momento per riflettere su cosa intendi fare.

#### SUGGERIMENTI

In situazioni di forte stress si è spinti ad un'azione immediata. Occorre pensare prima di agire per poi agire con una chiara intenzione:

- Fai profondi respiri o conta fino a 10.
- È importante identificare dei momenti di pausa per il team: si possono usare una parola o un'azione concordata per chiamare la pausa.
- Usa una sequenza di lettere (es. ABCDE) per ordinare le azioni
- Fai una domanda chiara per focalizzare l'attenzione – "Che cosa pensi stia accadendo?"
- Usa un'azione (es. la vestizione o l'igiene mani), per focalizzare la tua energia mentale.



### 3. PER GESTIRE SCENARI IN RAPIDA EVOLUZIONE SERVE UNA GUIDA AUTOREVOLE, CON UNA MENTE APERTA ED INCLUSIVA

Il leader del gruppo può focalizzare l'attenzione con delle domande. Dalle risposte possono essere tratte indicazioni utili a gestire scenari in rapida evoluzione. Il leader deve ascoltare e tenere in considerazione le informazioni di chi ha esperienza diretta. E' importante ascoltare ciò che ogni operatore e ruolo hanno da riferire. Tutti indipendentemente dall'anzianità possono fornire spunti per ulteriori approfondimenti su possibili minacce ed errori.

#### SUGGERIMENTI

- Fai domande chiare e dirette prima di agire – “Che cosa pensi stia accadendo? Che cosa dovremmo fare?”
- Focalizza l'attenzione sulle azioni appropriate mai sui singoli individui.



### 4. AIUTA I MEMBRI DELLO STAFF CHE NON HANNO FAMILIARITÀ CON IL LAVORO DA SVOLGERE

Le nuove forze composte da neo-assunti, ex-operatori (veterani) richiamati in servizio e lo staff che normalmente non svolge assistenza in situazioni di emergenza, potrebbe sentirsi impreparato o insicuro. Assicurati che le istruzioni siano chiare e che sia stato spiegato come usare la strumentazione e quali sono le buone pratiche da seguire. Se c'è tempo, offri ai nuovi la possibilità di formarsi con la simulazione eseguita da un tutor esperto.

#### SUGGERIMENTI

- Cerca di essere gentile, empatico e anticipa possibili situazioni di stress.
- Spiega perché l'assistenza viene svolta in quella specifica modalità e verifica che le informazioni siano state recepite.



### 5. USA E METTI A PUNTO DELLE CHECKLIST O ALTRI STRUMENTI DI SUPPORTO ALLA MEMORIA (DIAGRAMMI DI FLUSSO) PER SVOLGERE I COMPITI CORRETTAMENTE E RIDUCENDO IL CARICO DI MEMORIA

Pensa prima di agire. Quando svolgi un'azione fallo con consapevolezza pensando all'esito. Ad esempio, quando eroghi l'ossigeno controlla il flusso, non la posizione della manopola. Non ti muovere finché non ti sei accertato dell'esito o aver ricevuto la risposta appropriata. Se vieni interrotto, fermati e ricollegati al flusso dell'azione utilizzando una checklist. Non puoi fermare le interruzioni, impara a gestirle. Il primo passo è non sottovalutarle.

**SUGGERIMENTI**

- Fai che ogni azione sia consapevole e ben riflettuta.
- Se interrotto, fermati e considera se ricominciare dall'inizio. È più sicuro.

**6. INCORAGGIA IL GRUPPO A PARLARE CON VOCE CHIARA E COMPRENSIBILE**

Incoraggia lo staff a parlare ad alta voce se hanno delle preoccupazioni su ciò che sta accadendo: potrebbero essere coloro che prevengono un disastro evitabile. Esprimere le preoccupazioni può mettere in luce aspetti utili ad evitare danni. Promuovi un clima sereno, assicurati che i nomi di tutti siano noti (usa etichette/cartellini da apporre sui camici). Usa il contatto visivo per rassicurare incoraggiare a parlare di timori e difficoltà.

**SUGGERIMENTI**

- Elogia e non sminuire coloro che fanno una domanda e sollevano problemi.
- Dai la possibilità allo staff di sollevare problemi.

**7. RICONOSCI I FATTORI CHE LIMITANO LE PRESTAZIONI**

I buoni giocatori di una squadra riconoscono i colleghi che sono sotto stress e li sostengono, condividendo con loro il carico di lavoro e dando supporto emozionale. Fare attenzione agli stress che alterano la performance, come la fatica fisica, le preoccupazioni, altri cattivi comportamenti, malattia, confusione, distrazioni e rabbia.

**SUGGERIMENTI**

- Fai in modo che ci si aiuti reciprocamente nell'individuare quando c'è bisogno di aiuto. Non siamo capaci da soli a riconoscere questi momenti.
- Assicurati che l'organizzazione del lavoro assicuri delle pause per ristorarsi, per reidratarsi, per usare il bagno specialmente se si sono utilizzati dispositivi di protezione per lunghi periodi.

**8. AL TERMINE DELL'ATTIVITÀ FAI SEMPRE IL DEBRIEFING CON IL TUO TEAM PER IMPARARE DALLE ESPERIENZE FATTE**

Le tue esperienze possono continuare a giocare con la tua mente, specialmente gli errori che potresti aver commesso. Alla fine del turno prendi il tempo necessario per il debriefing - sempre come una squadra - condividi pensieri per rendere possibile l'apprendimento e per mantenere il benessere mentale. Dota lo staff delle procedure necessarie: la segnalazione di eventi avversi è una modalità di supporto al lavoro del gruppo.



## 9. È IMPORTANTE AVERE UNA VISIONE AMPIA E DI SQUADRA

Tutto lo staff sarà sotto pressione, per esempio: l'accettazione, la farmacia, i portantini, ma tutti loro possono non aver avuto l'allenamento e l'esperienza che li possa sostenere in questa situazione. Loro ti possono guardare come un punto di riferimento capace di dare loro idee e sostegno. E loro possono darti punti di vista nuovi e farti notare criticità che non hai visto.

### SUGGERIMENTI

- Ascolta le domande e le istanze che lo staff ti pone in merito ai pazienti.
- Supportali gli operatori nella procedura di utilizzo dei DPI e ascolta le loro preoccupazioni in merito al contatto potenziale con pazienti COVID 19.

Traduzione Italiana a cura INSH TEAM COVID-19



## Ricordo di Giandomenico Iannucci primo medico toscano vittima del Covid-19

Conoscevo Giandomenico dai tempi dell'università. È sempre stato una persona solare. Ricordo con grande nostalgia le vacanze in montagna e le allegre cene in giardino con gli "arrosticini", che portava della sua terra per raccogliere intorno a sé tutti i suoi amici. Sempre allegro, ottimista, dal suo sorriso trapelava l'amore per la vita. Premuroso in famiglia, amorevole padre, il suo volto si illuminava quando parlava della sua Ginevra. Giandomenico sapeva ben dimostrare il grande valore che avevano per lui la famiglia, l'amicizia, la professione.

Medico stimato dai colleghi, amato da tutti i suoi pazienti di Scarperia e San Piero, ai quali senza mai risparmiarsi dedicava grande premura e attenzione, dando prova di saper ben interpretare la sua vocazione di Medico di Famiglia. Per tutti, come fossero davvero "di famiglia", cercava di trovare il percorso migliore, la cura più efficace, senza arrendersi, lottando con perseveranza

contro la malattia, infondendo fiducia e speranza. Con la stessa generosità di tutta la vita, nella sofferenza, con le sue ultime parole ha trovato la forza di assicurare i suoi cari. Grazie del tuo esempio e per quanto ci hai dato, caro amico. In tutti noi che ti abbiamo conosciuto, lascerai un vuoto incolmabile e nel tuo ricordo, increduli di averti perso, ci stringeremo a Lucia e Ginevra.



Lorenzo Preziuso





**PROF. MANFREDO  
FANFANI**  
**RICERCHE CLINICHE**

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze  
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284  
[info@istitutofanfani.it](mailto:info@istitutofanfani.it) - [www.istitutofanfani.it](http://www.istitutofanfani.it)