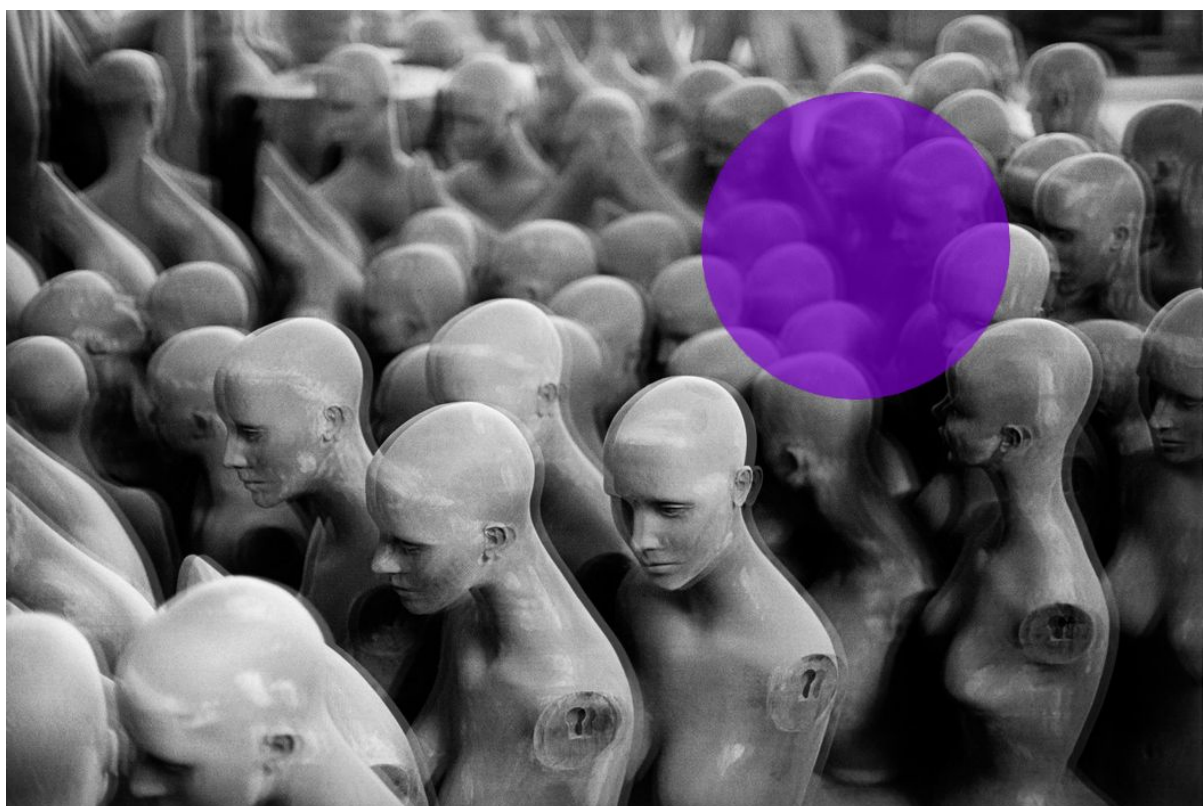


Lettere dal fronte

Inchiesta sull'industria della sanità nella crisi da Covid-19



Commonware

11 Giugno 2020
Versione 1.1

Contenuti

Introduzione	2
Infermieri	3
La sanità ai tempi del Covid19. Domande di un'infermiera in Emilia Romagna	3
La nostra sicurezza. Lettera dall'Emilia Romagna	5
Ci stanno massacrando. Lettera dall'Emilia Romagna	7
Tenetevi pure i ringraziamenti. Intervista ad un'infermiera in Lombardia	9
Medici	14
La crisi al Sud. Intervista ad un medico in Calabria	14
La figura del medico. Intervista ad un medico in Toscana	17
Le altre patologie non sono in quarantena. Intervista ad un medico in Lombardia	19
Il lavoro volontario negli ospedali dell'emergenza.	
Intervista ad alcune studentesse di Bologna	27
La pandemia annunciata.	
Conversazione con Gianfranco Pancino	32

Introduzione

In tempi velocissimi la pandemia ha investito il piano globale, con effetti differenti nei diversi luoghi, ma cambiando ovunque, da un giorno all'altro, la nostra quotidianità. All'inizio di una crisi economica dai contorni ancora indefiniti dubitiamo dei proclami sul «nulla sarà come prima», così come sarebbe sciocco perdere l'occasione di mettere in discussione categorie e modelli di analisi che già da tempo non funzionavano più.

Con i materiali di inchiesta e riflessione a caldo raccolti sull'industria della sanità in questi mesi inauguriamo la nuova sezione «Focus», con cui ogni mese metteremo in rilievo un tema specifico, con l'obiettivo di sganciarci dalla frenesia della cronaca e conquistare una temporalità autonoma del ragionamento. Segnaliamo in particolare gli articoli incentrati sulle condizioni di lavoro degli infermieri ([La sanità ai tempi del Covid19](#), [Lettere dal Fronte](#), [Tenetevi pure i ringraziamenti](#)) e dei medici ([L'emergenza continua e senza picco della sanità italiana](#), [Dentro l'emergenza sanitaria: le altre patologie non sono in quarantena](#)), il tema del lavoro volontario e gratuito degli studenti di medicina ([Il lavoro volontario negli ospedali dell'emergenza](#)). Segnaliamo inoltre la preziosa conversazione con Gianfranco Pancino, [La pandemia annunciata](#), pubblicata su «Kritik3».

Attraverso questi materiali emergono con chiarezza almeno quattro elementi: i punti di crisi o tracollo del sistema sanitario italiano, dovuto a precise scelte politiche; i livelli di sfruttamento e ipersfruttamento lungo la gerarchia dell'industria sanitaria; la mancata preparazione a fronte di una pandemia annunciata; la necessità di avviare un percorso di analisi su realtà, tendenze e possibilità di conflitto dentro questa complessa e strategicamente fondamentale industria, al di là delle semplificazioni sulla mera difesa del pubblico.

Infermieri

La sanità ai tempi del Covid19. Domande di un'infermiera in Emilia Romagna
Marzo 2020

Come si può lavorare con un solo giorno di riposo a settimana?

Come si può lavorare senza una protezione adeguata?

Come si può lavorare senza sapere se si è positivi o no al virus, rischiando così di contagiare i pazienti sul posto di lavoro e anche i propri familiari una volta tornati a casa?

Come si può lavorare senza strutture architettoniche adeguate all'emergenza Covid19?

Come si può lavorare senza un'organizzazione sistematica dei pazienti?

Come si può lavorare sapendo che faranno pochi tamponi perché sono costosi?

Come si può lavorare sapendo che i Dispositivi di Protezione Individuale che sto utilizzando sono contati (e magari se ne uso "troppi" il mio collega non ne avrà)?

Come si può lavorare nell'ansia costante di fare anche solo un piccolo movimento sbagliato che mi espone al contagio?

Come si può lavorare sapendo che due infermiere si sono tolte la vita a causa del carico emotivo e psicologico causato dal Coronavirus?

Come si può lavorare con direttive in continuo cambiamento?

Come si può lavorare senza un supporto psicologico?

Come si può lavorare sapendo che dopo questa emergenza non cambierà nulla nella Sanità Pubblica?

Come si può lavorare senza dignità professionale e riconoscimento?

Come si può lavorare sentendosi chiamare eroi, quando di eroico ahimè c'è ben poco?

Queste probabilmente sono le domande che quotidianamente affollano la testa di medici, infermieri/e, OSS, tecnici e personale ausiliario quando si recano nei rispettivi posti di lavoro.

Per queste figure professionali non c'è stato e non ci potrà essere nessuno STOP. Continuare e continuare ancora. Combattere e combattere ancora. Questo ora chiede il governo: uno sforzo. Uno sforzo per vincere la guerra al Coronavirus e per tornare tutti alla normalità. Ma forse la normalità di cui tanto si parla non è certo una condizione idilliaca per chi adesso è in prima linea negli ospedali, nelle cliniche e nelle residenze per anziani. Assurdo pensare che il governo insieme al presidente Conte, tra una conferenza stampa alle 23 e un applauso dai

balconi, si siano accorti solo nel momento del bisogno dell'importanza vitale di avere un buon sistema sanitario. Infatti questo grande sforzo viene richiesto da chi ha sempre preso pessime decisioni sulle nostre vite, speculando e mangiando, per poi appellarsi al "buon senso" di chi lavora negli ospedali e nelle strutture. Sembra assurdo ma non lo è: dopo anni di riforme indecenti e tagli sconsiderati, l'unica risorsa dell'Italia per salvarsi dal Coronavirus è proprio la Sanità Pubblica. E chi lavora nella sanità pubblica non è gente che fa un passo indietro, perché quando hai a che fare con la salute delle persone il passo indietro non lo puoi fare (anche quando vorresti, perché le condizioni in cui lavoro sono davvero indecenti). Quindi i turni si allungano ora dopo ora, ovviamente senza retribuzione straordinaria, alcuni infermieri dormono nelle residenze per anziani per diminuire la possibilità di contagio e tutelare gli ospiti, altri spendono una parte del proprio stipendio per comprarsi le mascherine adeguate. È questo quello che sta quotidianamente succedendo.

Quindi è per questo che quando si parla di tornare alla normalità manca l'entusiasmo. Una normalità fatta di stipendi da fame (OSS pagati 3 euro all'ora), turni massacranti, pochi riconoscimenti professionali e tanta carenza di materiale. Ma chi lavora in reparto queste cose le sa fin troppo bene. Eppure a queste persone viene chiesto l'impossibile: lavorare per ore, con turni ben più lunghi del normale, sudando freddo per il rischio di contagio e caldo per la pesantezza che comporta muoversi e assistere il paziente con una sorta di "scafandro" addosso (camice, mascherina, cuffia, guanti, occhiali). E allora gli infermieri sudano perché ora è giusto così. Proprio perché quel passo indietro non si può fare quando hai un reparto di terapia intensiva pieno di pazienti attaccati al respiratore. Ma la rabbia e l'insoddisfazione crescono insieme al sudore e alla stanchezza. Quindi il presidente Conte può stare tranquillo, lo sforzo tutti questi lavoratori lo stanno facendo (l'hanno sempre fatto!). Ma dov'è lo sforzo delle istituzioni? Dove sono le mascherine? Dove sono i tamponi per tutti i lavoratori della Sanità? Ma soprattutto: cosa rimarrà una volta che questa emergenza sarà finita? Quando l'eroismo tanto decantato sarà finito e sarà di nuovo mera quotidianità, che ne sarà dei lavoratori che hanno lottato in prima linea contro il virus?

Non è di applausi che la sanità pubblica ha bisogno, ma di concrete certezze, cambiamenti radicali e soprattutto un investimento da parte delle istituzioni che in queste settimane tanto celebrano l'importanza del "pubblico". Perché si sa, la sanità italiana è una delle migliori del mondo. Forse lo era. Non credo che i lavoratori impegnati oggi negli ospedali siano della stessa opinione. Vogliamo davvero dire che il nostro sistema è migliore, quando infermieri e infermiere italiani hanno gli stipendi più bassi d'Europa?

Ora lavoratrici e lavoratori della Sanità sono impegnati a curare ed assistere, ma aspettano impazienti la fine di questa emergenza per vedere cosa succederà. Perché non succeda come per le mascherine usa e getta, buttate via una volta finito il loro scopo. Questi non sono lavoratori "usa e getta".

La nostra sicurezza. Lettera dall'Emilia Romagna
Marzo 2020

I DPI scarseggiano ogni giorno di più, specialmente quelli più importanti come le mascherine. In particolar modo le mascherine fornite al momento al personale sanitario che si trova in “prima linea” (quindi compresi Pronto Soccorsi e Terapie Intensive) sono di tipo FFP2 e non FFP3/N9 come indicato dai protocolli al fine di evitare il contagio per via aerea con certezza quasi assoluta. Sempre di più i coordinatori invitano il personale a razionalizzare i materiali, imponendo l'utilizzo dei dispositivi respiratori per più turni consecutivi. Cosa spesso difficile per motivi di scarsa qualità del materiale (elastici che si rompono ne sono un esempio). Altro motivo di usura lampante è l'accumulo di umidità dovuta al sudore dell'esercizio lavorativo, lavoriamo infatti con più strati di protezione in ambienti a temperatura controllata e spesso sotto stress e con sforzi fisici (spostare/girare il malato, spingere/tirare le barelle, muovere i carrelli per medicazioni o medicinali). I copri-divise idrorepellenti, necessari ad evitare la contaminazione da dopplets, sono ormai esauriti.

In diverse Unità Operative (tra cui i Pronto Soccorsi) verranno presto forniti solo camici usa e getta di tessuto non tessuto, non impermeabili, e per questo di scarsa tutela del personale. Inoltre queste tipologie di vestizione, per la sua natura NON idrorepellente non possono essere sanificati mediante la nebulizzazione di disinfettanti per superfici, rendendo la vestizione dunque più sporca durante il turno di lavoro. In alcune Unità Operative verranno comunque forniti grembiuli di plastica da indossare al fine di ovviare al problema, senza contare però che gli arti superiori risulteranno comunque non protetti e che si assisterà ad un implemento degli “strati” di vestizione, con conseguente aggravio sulla comodità e libertà dei movimenti di esercizio professionale e al caldo che comporta eccessiva sudorazione, disidratazione e accumulo di umidità nei presidi respiratori. Lieve differenza si ha nei reparti di cura covid, con casi confermati e positivi, dove vengono invece fornite tute integrali. Anche qui permane invece la fornitura di maschere FFP2 e non FFP3/N9 salvo casi rari.

Sul fronte delle assunzioni le aziende stanno attingendo dalle graduatorie concorsuali sia a tempo determinato che indeterminato. A chi viene chiamato vengono offerti 6 mesi di contratto rinnovabile con stipendi secondo la tabella del comparto sanità e CCNL (partenza per un D0 da € 23.074,40 LORDI annui fino ad arrivare a €27.990,10 per un D6. Notare che lo scatto di fascia avviene mediante prova d'esame e valutazione da parte della direzione sanitaria ogni 5 anni di servizio. Sostanzialmente ti valuta oggi chi dovrà pagarti di più domani. Un meccanismo che definire truffaldino è dire poco). A tale retribuzione verrà poi aggiunto il famoso compenso di 100 euro per il mese di marzo in relazione alle giornate di lavoro effettuate, quindi varierà in base ai turni effettivamente esplicitati, senza contare se essi siano di 11 ore (come la notte) o di 6-7 ore per il turno diurno. Rimane il fatto che la notte è a “cavallo” di due giornate consecutive, rimane da capire dunque se il premio sarà applicato per due giorni o un singolo turno.

Sempre sul fronte delle assunzioni, anche laddove siano presenti graduatorie pubbliche, le Aziende Sanitarie stanno assumendo anche mediante agenzia interinale, proponendo contratti per lo più di 5/6 mesi. La retribuzione è comparabile al pubblico impiego, cosa spesso diversa per quanto riguarda le assunzioni all'interno della sanità privata con cooperative e agenzie per il lavoro. In questo caso anche prima dell'emergenza covid molti infermiere di note strutture accreditate al pubblico guadagnano non più di 1500 euro netti mensili (comprensivi di turni notturni, festivi e talvolta straordinari).

Per quanto riguarda gli screening, nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia più volte invitato le autorità ad eseguire massivamente tamponi partendo da chi lavora in sanità, al momento le direttive aziendali sono di non eseguire tamponi al personale sanitario. Questo vale anche per quella fascia di personale venuta a stretto contatto con malati di COVID. Il tampone è dunque previsto solo alla comparsa di evidenti sintomi quali febbre e tosse persistente. L'handicap è lampante dal momento che la malattia, di cui ancora si conosce poco, parrebbe essere asintomatica (ma contagiosa seppur meno virulenta) nell'80% dei casi circa. Solo da pochi giorni infine è stato inquadrato come infortunio sul lavoro l'eventuale contagio da COVID per gli operatori sanitari. Rimangono però dubbi a riguardo, basti pensare che l'INAIL potrebbe mettere in dubbio l'avvenuto contagio in ospedale rispetto ad altri luoghi dove ci si può recare (supermercati ad esempio). Questo rimane comunque un ragionamento ipotetico visto che l'accordo con l'INAIL è di pochi giorni fa e non sappiamo realmente come l'Istituto si porrà verso i lavoratori che si ammaleranno.

Noi siamo orgogliosi di combattere questa battaglia in prima linea, ma prima che operatori sanitari siamo esseri umani. Persone che una volta timbrata l'uscita hanno famiglie da cui tornare, spesso composte da bambini o anziani genitori. Proprio questa categoria, gli over 60, sono coloro che ottengono spesso un esito infausto in caso di contagio. La maggiorparte di noi non vive in unità abitative grandi abbastanza da garantire un "autoisolamento" domiciliare volontario ed efficace, rendendo dunque plausibile il contagio incrociato con i membri del proprio nucleo familiare. Questo virus, che sta flagellando il mondo intero, porta ovviamente grosse preoccupazioni per le persone a noi care. Viviamo quotidianamente in prima persona lo strazio dei parenti che, oltre a perdere i propri cari, non possono neanche dargli l'ultimo saluto e una degna sepoltura. La legge infatti impone l'impossibilità di visitare il congiunto in ospedale (sia anch'esso cosciente e nel pieno delle facoltà mentali) e di organizzare un funerale in caso di esito infausto. Subiamo dunque in modo ancor più amplificato il sentimento di frustrazione e paura che ciò possa accadere i nostri cari e non possiamo neanche immaginare di poter essere noi, a causa del nostro lavoro e del menefreghismo di chi governa la nave, la causa di tutto. Le organizzazioni sindacali agiscono a singhiozzo, spesso strappando qualche accordicchio, ma al momento sicuramente non ottenendo e soprattutto pretendendo la cosa più importante: LA NOSTRA SICUREZZA.

Ci stanno massacrando. Lettera dall'Emilia Romagna
Marzo 2020

Una mia collega, un'Oss, ha vissuto per quattro giorni con il marito in casa con la febbre, alla fine la cosa è crollata e adesso lui è intubato da una settimana e non sanno se si salva. Secondo voi alla mia collega hanno fatto il tampone? Lei l'ha chiesto, ma niente ovviamente: se non hai i sintomi il tampone non te lo fanno. Al momento è asintomatica, ma ha vissuto quattro giorni con una persona con gravi problemi respiratori a cui hanno fatto la diagnosi di Covid solo quando è stato intubato. Non hanno avuto precauzioni. E questa persona sta venendo a lavorare, non le è stato fatto neanche un tampone ed è anche una persona relativamente su di età, quindi con medio-alto rischio. Ieri un medico si è fatto da solo un tampone – se aspettava la direzione sanitaria, addio... – perché aveva un po' di febbre e mal di gola... ed è positivo. E ha usato i dispositivi di protezione che ci vengono dati dall'azienda, che vengono usati ormai da quasi un mese... quindi se l'è preso al lavoro. Vorrei sapere così dove vogliamo andare.

Il discorso è che non ci sentiamo presi in carico, ci sentiamo presi per il culo. A ogni richiesta d'aiuto ci viene risposto con porte chiuse in faccia o supercazzole, e la gente sta andando fuori di testa, c'è un tracollo psicologico tra gli operatori che è evidente. Chi più chi meno, alcuni sono al limite, e si vede, dopo un mese. L'Oms dice di fare tamponi a raffica a partire dai sanitari, e la direzione sanitaria ci risponde che per noi non ce n'è bisogno finché non siamo sintomatici. Come se l'allenatore dice ai giocatori che c'è bisogno di attaccare e loro dicono che invece bisogna difendere... Ci dicono che le mascherine ffp2 va bene perché tanto proteggono al 92% mentre le ffp3 al 98%. Però quel 6% lì significa 6 persone potenzialmente malate su 100, solo tra medici e infermieri, senza contare gli Oss, siamo intorno alle 7000 persone, vuol dire intorno ai 450 contagi potenziali tra gli operatori sanitari solo tra medici e infermieri, in più gli Oss. A casa mia quel 6% in meno non è poco, pensando al fatto che questa gente qua torna a casa, ha delle famiglie, tanti di noi hanno genitori anziani a casa, che se si prendono sto virus li ammazza. Adesso ci danno anche questi copri camici che loro dicono essere idrorepellenti ma ve li vorrei far vedere, se ci soffiato sopra si spaccano, sembrano quelli che si mettono a carnevale i bambini quando si vestono da chirurgo pazzo. E ci dicono che sono idrorepellenti... non è vero un cazzo, fanno schifo, ve li farei vedere. Peccato che li mettiamo noi però in una stanza chiusi con uno che spara dappertutto droplets perché fa ossigeno ad alti flussi, e siamo in due metri per due. Loro ci dicono che vanno bene ma sono chiusi in ufficio. Se vogliono arrivare che fra un mese ci sono scene di isteria collettiva in mezzo al pronto soccorso con gli infermieri e i medici con bisogno di supporto psicologico, questa è la strada buona. Ci stanno massacrando.

Venticinque giorni fa si parlava di come dividere il pronto soccorso in maniera ottimale per evitare i contagi incrociati e creare una zona sporca e una pulita, dopo venticinque giorni siamo a punto e da capo. Non abbiamo ancora una reale zona sporca e una pulita, con gli ambulatori che visitano un po' di qua e un po' di là a sentimento. Peccato che della gente con la febbre viene messa nella zona sporca, perché ovviamente sospetta, ma poi magari non ha il covid, ma poi un altro che si è dato una martellata su una mano invece ce l'ha ed è nella zona pulita, e rimane lì magari per tre ore. Capiamo che non è facile però non va bene neanche così. Non ci siamo. Non sta venendo fatto nessun passo avanti. Le case di riposo sono chiuse da venticinque giorni ai visitatori ma dentro stanno crepando come mosche lì dentro... chi ce l'ha portato il virus? Tutta gente che ci lavora, c'è poco da fare. Vuole dire che la gente che ci lavora sta continuando a contagiare, non ha la roba necessaria per evitare i contagi incrociati

durante l'assistenza, e magari se la stanno pure passando tra di loro, aumentando ancora di più la cosa. In tutto questo nessuno dice un cazzo. È folle. E poi la menano con eroi, eroi, eroi...

Tenetevi pure i ringraziamenti. Intervista ad un'infermiera in Lombardia
Aprile 2020

Intervista di Achille Marotta ad un'infermiera in un reparto non-Covid di una grande città Lombarda. Emergono diversi temi legati al lavoro e alla soggettività, tra cui la gestione dell'ospedale, il rifiuto dell'ideologia degli "eroi" e l'atteggiamento ostile verso il governo Conte.

Che tipo di professione esercita, dove e in che tipo di struttura?

Sono un'infermiera. Lavoro a Milano da vent'anni, ma i primi vent'anni di servizio ho lavorato in Liguria.

Come mai ha scelto di lavorare nella sanità pubblica?

In realtà, non è stata una mia scelta lavorare nel pubblico. Mi sono iscritta alla scuola perché mi è sempre piaciuto questo tipo di mestiere. Una volta diplomata mi hanno subito assunto per necessità e allora ho cominciato a lavorare.

Come funziona normalmente il suo lavoro?

Il mio lavoro è strutturato a turni, poiché io sono turnista ormai da quasi quarant'anni, quindi il mio tempo di lavoro si suddivide fra pomeriggio, mattina e notte. La mia funzione operativa è suddivisa in due settori e siccome il personale è poco, come è sempre stato, non lavoriamo per moduli, perché sarebbe assolutamente impossibile.

Con chi collabora normalmente per il suo lavoro?

Di solito collaboro col mio collega di turno, che ciclicamente cambia. Talvolta c'è un altro collega che fa il diurno e ovviamente con gli operatori sociosanitari.

Quali macchinari usa normalmente?

Come materiali e macchinari usiamo le pompe siringa e le pompe fusionali, devo dire che le uso non da sempre perché lavorando da quarant'anni, i primi anni della mia vita non usavamo questi macchinari, perlomeno dove lavoravo io.

Quanto sta lavorando in questi tempi da Coronavirus? Il suo orario ha subito modifiche?

Come regione Lombardia ovviamente stiamo già lavorando a ritmi altissimi da inizio marzo. Hanno cominciato in tutti i reparti a togliere personale, il più personale possibile, fino ad arrivare adesso che ci hanno accorpato in un reparto solo, quindi noi siamo nefrologia, trapianti e urologia. Insomma ci hanno accorpato ulteriormente e hanno mandato tutti i nostri colleghi in reparti specifici per il Covid, naturalmente. Quindi noi rimasti nel mio reparto, che eravamo praticamente in 12-13, siamo rimaste in tre. In nefrologia più o meno uguale. Hanno spostato i nostri colleghi e hanno fatto arrivare colleghi da altri reparti, che dobbiamo inserire poiché vengono da altre realtà operative, quindi nei fatti non possiedono la preparazione tecnica adeguata. Dunque la situazione, che era già complessa, è ancora più difficile. Ora

hanno rifatto i turni e devo dire che noi già facevamo doppie notti, a prescindere dal coronavirus. Il carico di lavoro è sempre stato notevole fra chi era in ferie e chi in malattia. Con il coronavirus adesso, essendo che hanno mandato da noi gente con limitazioni, per lo più diurnisti, noi turniste che siamo rimaste solo in 4 a coprire tutti i turni ci troviamo a fare dalle 8 alle 12 notti al mese.

Quanto lavora in più? Sono ore retribuite?

Per quanto riguarda la retribuzione, è rimasta invariata. I 100 euro in più, che hanno detto ci arriveranno ad aprile – che comunque se li possono anche tenere – sono un discorso a parte. Queste notti che ci pagano in più, se ce le pagheranno come straordinario o come recupero ore, lo sapremo quando avremo la busta paga di aprile, perché riguardo marzo non ci son stati questi soldi.

Cos'è cambiato nel suo ospedale/reparto/ambulatorio dopo l'arrivo di questa emergenza sanitaria?

A questa domanda ho già risposto. Purtroppo questo è dovuto, come saprete già tutti, ai tagli che hanno fatto alla sanità. Adesso chiudendo i reparti senza assumere personale, almeno finora noi non abbiamo visto personale nuovo, fanno girare sempre gli stessi. Ovviamente lo stress è a mille. Ora assumono nuovo personale per aprire l'ospedale lì alla fiera, però non hanno pensato che forse anche da noi dovevano mandare qualche unità infermiera nuova, dato che siamo ormai al collasso.

Che tipo di indicazioni, protocolli ha ricevuto dalla direzione sanitaria? Le sono stati illustrati in maniera chiara? Sono stati d'aiuto nello svolgimento del lavoro quotidiano?

Allora le indicazioni date dalla direzione sanitaria sono arrivate, ma le illustrazioni servono a ben poco, perché quando tu devi andare in un reparto e usare dei macchinari che nel tuo reparto solitamente non usi o non hai mai usato, ovviamente hai difficoltà. Finisci presto in una situazione di caos totale. Colleghi nuovi, reparti nuovi. Quindi oltre a dover gestire pazienti diversi, pazienti con situazioni complesse, non conosci nulla del reparto e hai molte difficoltà a recuperare il materiale. Mancano i carrelli, mancano gli apparecchi per la pressione, insomma chi prima arriva meglio alloggia, come si dice. Ovviamente si lavora anche con poco materiale, perché i malati sono tanti, ma è difficile dare assistenza. Quindi le indicazioni, sì, ci sono, ma quando vai in prima linea è un po' diverso.

Ha un equipaggiamento adeguato (DPI)?

Là in zona rossa, dove sono i miei colleghi, devo dire che queste tute ce le hanno per il momento. C'è stata una mancanza, che in realtà non è una mancanza, ma diciamo è una cosa grave, per cui un weekend non avevano le mascherine adeguate. Contando anche che loro si staccano solo per una o due pause e comunque il materiale è quello che è. In reparto noi usiamo solo le mascherine chirurgiche, come da indicazione. Le mie colleghe raccontano che hanno vissuto questo weekend con delle mascherine non molto adeguate, infatti molti colleghi si sono positivamente e c'è chi addirittura è stato ricoverato e intubato.

Se lavora nel pubblico: Quali pensa siano le maggiori carenze della sanità pubblica?

Le carenze della sanità pubblica si fanno da sempre. Purtroppo, se dovessi dire come ho lavorato quarant'anni fa, che veramente non c'era materiale e facevamo fatica ad arrivare a fine turno nel reperire i guanti piuttosto che le lenzuola, devo dire che adesso il materiale c'è, il monouso c'è. Quindi da questo punto di vista c'è il materiale. Manca, come carenza più grave, il personale. Perché il personale è sempre mancato e soprattutto ora non si rendono conto che senza un personale adeguato si lavora male e non si dà l'assistenza che noi vorremmo dare. Noi nel nostro reparto, l'unità operativa dove siamo, siamo un gruppo molto affiatato, cerchiamo di dare il massimo ovviamente anche quando siamo stanchi per i doppi turni e le doppie notti, però noi teniamo ovviamente ai nostri pazienti e quindi facciamo il massimo. Ma non dovrebbe essere così, non avrebbero dovuto tagliare la sanità, né fare i tagli di cui parlano adesso. Per di più noi siamo sempre stati in carenza di personale, a prescindere dal coronavirus. A me sinceramente tutto questo clamore, tutto questo ringraziarmi mi fa anche un po' rabbia, perché noi abbiamo sempre rischiato, andando nei reparti a contatto con ogni tipo di paziente infetto. Noi ci siamo sempre stati, non è che ci siamo solo adesso per il coronavirus. Lo facciamo perché questo lavoro, almeno per quanto mi riguarda, lo faccio con amore, l'ho sempre fatto e anche oggi lo faccio. Ma noi ci siamo sempre stati, non è perché c'è il coronavirus adesso si accorgono che noi esistiamo. Noi siamo sempre esistiti, con le difficoltà di cui parliamo sempre, che siamo pochi, che facciamo doppi turni, ma alla gente poco importa. Solo adesso si sono resi tutti conto che siamo indispensabili e che siamo così bravi. Però forse dovevano capire prima che se c'è il personale adeguato l'assistenza è sempre migliore.

Pensa che il governo stia tutelando davvero la sicurezza intesa come sanità e salute pubblica?

Non penso che il governo che stia tutelando adeguatamente il personale sanitario, perché comunque anche il fatto che non fanno i tamponi a tappeto, soprattutto al personale, è veramente una cosa che ha dell'incredibile. Noi adesso, ma da due giorni, all'inizio del nostro turno dobbiamo rilevare la temperatura corporea. Stiamo facendo i tamponi ai pazienti che devono essere operati e basta, ma a noi non è stato fatto nessun tampone, benché per esempio io sia venuta a contatto già due o tre volte con persone poi rivelatesi positive. In ogni caso mi hanno detto mettiti la maschera e vai a lavorare. Per carità, poi io non avevo sintomi e sono andata a lavorare.

Ha potuto fare il tampone? Se no, Secondo lei perché non lo ha fatto?

Non fanno il tampone perché se ce lo facessero fare a tutti risulteremmo tutti positivi, e quindi l'ospedale sarebbe obbligato a chiudere. Soprattutto noi infermieri che lavoriamo nei reparti non coronavirus, dovremmo maggiormente tutelare i nostri pazienti, pazienti che sono particolari, trapiantati, immunodepressi ecc. Dovremmo essere più controllati visto che andiamo a lavorare con i pazienti non contagiati dal Covid. Ma comunque i tamponi andrebbero somministrati a tutto il personale, ma se lo facessero a tutti, secondo noi l'ospedale chiuderebbe.

A seguito dell'emergenza due colleghe infermiere si sono tolte la vita a causa dello stress e del carico emotivo. Cosa ne pensa?

Non lo so, perché ognuno di noi è fatto diversamente. Psicologicamente siamo veramente provate... Qui hanno deciso di spostare le mie colleghe più giovani perché a noi più anziani c'hanno tenuto in reparto. Comunque il nostro lavoro è reso ancora più particolare perché dobbiamo inserire gente nuova, ma gente d'una certa età, che spesso risulta ancora più difficile da inserire in una realtà nuova.

Secondo me, e stando ai racconti dei miei colleghi, molti vedono delle realtà pesanti, soprattutto dei pazienti che devono morire da soli, senza una parola di un loro caro. Ovviamente gli infermieri hanno moltissimo da fare, quindi i pazienti gravi non hanno nemmeno una persona lì che li possa consolare. Quindi per un infermiere che lavora in una situazione come questa dev'essere un'esperienza tragica. Io vedo le mie colleghe tornare da quei reparti veramente sconvolte, non tanto per il lavoro, perché quello è il lavoro che facciamo tutti i giorni, ma piuttosto per il fatto di dover vedere queste persone, non più solo anziani, che muoiono da sole. Loro non possono fare assolutamente niente, ma solo aspettare il fatto. E quindi le vedo veramente provate, perché è dura. Probabilmente alcune di loro hanno vissuto molto male questa situazione e quindi hanno deciso di fare questo gesto estremo.

Nella sua struttura le offrono supporto psicologico?

La mia struttura non offre nessun supporto psicologico, né a noi che siamo rimasti in reparto, né per coloro che sono andati in prima linea. Possiamo guardare dei link, così, con qualcuno che ci possa dare un consiglio verbale, ma senza un supporto psicologico vero e proprio, ma non ci potevamo aspettare diversamente.

Durante questa emergenza governo e istituzioni si sono resi conto che la sanità pubblica è un bene da proteggere. Crede verrà fatto qualcosa una volta che l'emergenza sarà finita?

Non credo che cambierà assolutamente niente. Questa non è assolutamente solo una mia impressione, ma di moltissimi dei miei colleghi, con cui ci confrontiamo tutti i giorni nel vivere questa situazione. Vi ripeto non c'è solo il Covid. Da quarant'anni lavoro qui ed è così da sempre, hanno tagliato sempre, fregandosene altamente, quindi non penso proprio che faranno tesoro di ciò che sta succedendo. Tutto tornerà esattamente come prima del coronavirus, anzi più probabilmente faranno nuovi tagli alla sanità. Gli infermieri poi verranno dimenticati esattamente come prima, lo stipendio sarà da fame esattamente come prima (con tutto rispetto per chi il lavoro non ce l'ha, per carità), però penso che dovremmo essere almeno pagati per quello che il nostro lavoro è. Un lavoro bellissimo, l'ho voluto fare. Adoro questo lavoro, ma è un lavoro difficile, confrontarsi ogni giorno con i pazienti, con le persone con delle patologie gravi e dover soffrire insieme a loro. Questo loro star male è psicologicamente logorante. Insomma vai a casa e dici sono abbastanza fortunata. I più dicono che non cambierà assolutamente nulla. Torneremo nell'ombra come siamo sempre stati. Gli infermieri e i medici che hanno assunto d'urgenza torneranno ad essere disoccupati. Non ne terranno nemmeno uno per darci un po' di respiro.

Se potesse parlare ora con il presidente Conte, cosa gli direbbe?

Sinceramente non gli parlerei nemmeno. Non deve succedere una cosa del genere per capire che la sanità pubblica è importante. Non devono essere fatti i tagli e basta. Non dovrebbero

servire una pandemia e tutti questi morti, per capire che in tutti questi anni hanno sempre sbagliato a governare. E questo tutti, da prima di conte a quello che ci sarà dopo. È uguale, perché sarà gente che ci mangerà sulla salute degli altri. Conte è arrivato tardi, sono arrivati tutti tardi. Io parlo della Lombardia che ha avuto da subito questa emergenza. Solo adesso assumono tutti questi infermieri da mandare in questo ospedale nuovo alla fiera, mentre noi siamo già al collasso da tantissimo tempo. Questo arriva e fa ste cose adesso. Capisco che è una pandemia, capisco che non erano pronti, però ne avremo delle altre, perché non finirà tutto così. Quindi secondo me, che sia Conte o che sia un altro, non cambierà assolutamente niente. Con Conte non sprecherei nemmeno una parola.

Poi volevo aggiungere una risposta ad una domanda che non c'è. Purtroppo questo lavoro è cambiato moltissimo nel tempo. Mi piace moltissimo lavorare con i miei pazienti, li adoro, e diciamo che è reciproca come cosa. È questo che mi da soddisfazione. È questo che mi da la forza di andare a lavorare. Poi da noi sono sempre un po' gli stessi pazienti, quindi è ancora più gratificante. Per il resto, c'è un ambiente che non è più vivibile. I nostri, diciamo, "superiori" ci dicono che non dobbiamo dire su whatsapp che il nostro collega è positivo e sinceramente non vedo perché non dovremmo dirlo. Anzi, dovremmo assolutamente dirlo che siamo venuti a contatto con un collega positivo. Un capo-dipartimento non può dirti di non scriverlo su una chat whatsapp ufficiale. Noi dobbiamo saperlo se un nostro collega è stato esposto o meno, non c'è niente da nascondere. Sembrerebbe quasi che facciano più le veci dell'azienda sanitaria, che dei loro infermieri. A me, sinceramente, questo lavoro piace moltissimo, ma è molto cambiato. Questo nonostante una volta si lavorasse con più pazienti, privi di materiale monouso. Lavoravamo con niente, ma c'era molta più armonia, molta più considerazione. Cosa che non c'è assolutamente adesso. Adesso non puoi più dire una parola, fai i doppi turni e neanche puoi lamentarti.

Medici

La crisi al Sud. Intervista ad un medico in Calabria

Aprile 2020

Intervista di Veronica Marchio ad un medico fisiatra della regione Calabria operante nel privato. Al sud vediamo emergere una profonda riluttanza verso un governo politico della sanità che, negli ultimi anni, si è incentrato su tagli piuttosto che su investimenti, favorendo la concentrazione delle innovazioni tecnologiche nelle aziende private.

Che tipo di professione medica esercita, dove e in che tipo di struttura.

Sono un medico chirurgo specialista in fisiatria nella regione Calabria. Lavoro in una struttura di riabilitazione territoriale extraospedaliera (privata con convenzione a ciclo continuativo). Io nello specifico mi occupo del ricovero.

Come mai ha scelto di lavorare nella sanità privata?

Quando mi sono specializzata, negli anni '90 e ho iniziato a lavorare, non c'era possibilità di trovare occupazione nel pubblico, non c'erano concorsi pubblici e comunque era difficile entrare. Ho lavorato nel pubblico solo come guardia medica. Questo non solo io ma, soprattutto nella mia branca, c'erano poche strutture pubbliche in questo campo. Negli anni '90 lavoravano in questo ambito soprattutto i privati, almeno al sud.

Sta lavorando in questi tempi da coronavirus? Cosa è cambiato nella tua clinica dopo l'arrivo di questa emergenza sanitaria?

Si io sto lavorando, stiamo continuando a ricoverare in particolare i pazienti post-acuti che vengono dall'ospedale (ad esempio quelli con fratture, danni cerebrali, ictus), e che hanno bisogno di fare il trattamento riabilitativo.

Per quanto riguarda ciò che è cambiato, innanzitutto da un punto di visto dell'organico abbiamo dovuto ridurre il numero delle prestazioni: noi lavoriamo non solo con i pazienti che hanno necessità di ricovero, ma anche con pazienti che vengono a fare terapia e poi vanno a casa, ad esempio i cosiddetti "diurni" che stanno in struttura per mezza giornata e poi tornano a casa. Questi ultimi abbiamo dovuto interromperli perché non è prudente con il problema del virus, potrebbero infatti essere mezzo di trasporto del virus infettando i pazienti ricoverati. La struttura quindi ci sta perdendo economicamente e ha ridotto il numero del personale, visto che c'è meno lavoro. In questo momento stiamo lavorando solo con i pazienti post-acuti che vengono dall'ospedale e hanno necessità e urgenza di ricovero.

In secondo luogo le precauzioni e tutele: la struttura sta lavorando con le dovute precauzioni anche se non sono all'altezza perché comunque c'è sempre un minimo di pericolo, nonostante mascherine e guanti. C'è da dire che nessuno ci ha fornito queste precauzioni, all'inizio addirittura autonomamente ognuno di noi le ha comprate. La struttura ha dato i guanti, ma di mascherine c'è carenza, solo in questi giorni ci stanno consegnando delle mascherine. I pazienti che arrivano dall'ospedale sono più riguardati, ogni paziente sta in una stanza da solo e fanno una specie di quarantena nel senso che per almeno 14 giorni stanno soli nella stanza.

Il clima nella clinica è di preoccupazione: soprattutto per i pazienti che arrivano, seguiamo le linee guida – sentire temperatura e ascoltare le spalle –, ma non possiamo fare più di questo perché i tamponi non possiamo farli. Abbiamo chiesto tramite lettera alla nostra associazione e all’Asp di della città, chiedendo se è possibile fare dei tamponi ai pazienti, prima che entrino nella struttura. Ancora non ci hanno risposto nulla.

Che tipo di clientela ha la sua clinica?

Si tratta di pazienti che hanno subito danni fisici, traumi, ictus. Non sono solo anziani – quelli molto anziani vanno in strutture specifiche –, noi prendiamo pazienti tra i 60 e 70 anni massimo 80 anni. Sicuramente pazienti a rischio coronavirus.

Cosa pensa del rapporto tra pubblico e privato, e come pensa muterà in questa emergenza?

In ogni caso in questo momento ci deve essere una massima collaborazione tra pubblico e privato per il bene della comunità. Noi siamo privati, ma siamo parzialmente pubblici, perché siamo convenzionati dal sistema sanitario. In questo momento di emergenza ci dovrebbe essere massima collaborazione.

Il privato dovrebbe farsi carico di questa emergenza, e siamo obbligati, abbiamo ricevuto comunicazioni che dobbiamo essere a disposizione e non possiamo chiudere. Noi ad esempio abbiamo limiti strutturali, non possiamo ricoverare pazienti con problemi respiratori perché non abbiamo gli apparecchi che servirebbero (come l’ossigeno), però per quanto riguarda altre strutture di ricovero è stato già detto che, se necessario, devono mettersi a disposizione. Qui in Calabria pare ci siano 300 posti nelle strutture private.

Quali pensa siano invece le maggiori carenze della sanità pubblica, in particolare al sud dove lavora?

Intanto manca l’organico perché non si fanno concorsi pubblici da anni e non si sostituiscono quelli che vanno in pensione. E poi anche l’innovazione, siccome certi apparecchi costano troppo, le Asl non li comprano, nonostante sarebbero importanti a potenziare la fase diagnostica. È il privato che li acquista spesso direttamente, e quindi lavora meglio del pubblico per alcuni aspetti. La gente si rivolge al privato per questo. Diciamo che le strutture sanitarie si basano su questi due elementi.

Poi se aggiungiamo la cattiva gestione politica - qui al sud la politica ci ha sempre rovinato – vediamo che i politici hanno contribuito per interesse proprio e non per il bene comune. Questo al sud si vede di più. La sanità è stata gestita male, molti soldi sono stati sprecati e molte strutture sono state chiuse. Molte le hanno chiuse perché erano gestite male, in Calabria abbiamo tanti ospedali piccoli che funzionano male, perciò non è tanto il fatto che venga chiuso quello che funziona male, ma il fatto che non vengano potenziati tutti gli altri. Quindi la politica è stata la rovina della sanità, soprattutto della nostra regione.

Pensa che il governo stia tutelando davvero la sicurezza intesa come sanità e salute pubblica?

Diciamo che si sta muovendo perché c'è un'emergenza grave e importante. Qui da noi, ma anche al nord, ci sono lamentele per l'assenza di queste mascherine. Sicuramente gli operatori stanno lavorando con pochi mezzi e inoltre, soprattutto in Calabria, stiamo pagando i danni di una gestione di dieci anni portata avanti da un commissario. La nostra regione è ancora più disgraziata, i politici hanno mandato in deficit la sanità. In questa situazione è chiaro che si sta lavorando solo sull'emergenza. Ad esempio adesso stanno cercando di aumentare i posti in terapia intensiva che erano stati ridotti dal commissario negli scorsi anni; infatti cosa ha fatto? in una situazione in cui c'era bisogno di diminuire i costi, ha ridotto i posti letto in ospedale e in tutte le strutture. Sicuramente non è così che si risolve il problema strutturalmente. Ciò di cui la sanità pubblica avrebbe bisogno sarebbe un intervento strutturale. I deficit che ci sono stati finora li stiamo pagando in questa emergenza.

La figura del medico. Intervista ad un medico in Toscana
Aprile 2020

Di Veronica Marchio. Da questa intervista, dal punto di vista di un medico appena entrato nell'industria sanitaria, emerge la percezione di dequalificazione di questa figura professionale, accompagnata dalla mancanza di fiducia verso le istituzioni politico-governative e dalla denuncia di una gestione dell'emergenza virus non adeguata, soprattutto per quanto riguarda l'uso dei tamponi.

Che tipo di professione medica esercita, dove e in che tipo di struttura?

Medico specialista in otorinolaringoiatria.

Come funziona normalmente il suo lavoro?

Il lavoro si divide tra attività ambulatoriale, sala operatoria, gestione delle urgenze mediche e chirurgiche pertinenti alla branca.

Con chi collabora normalmente per il suo lavoro? Da chi è composto l'organico? Come funziona il suo distretto sanitario?

Il lavoro della sala operatoria si avvale di un team composto da anestesista, infermiere e ferrista, mentre l'attività ambulatoriale si avvale della presenza di un solo infermiere.

Quali macchinari usa normalmente? Dove ha imparato ad usarli?

I macchinari sono diversi e variano dal fibroscopio al microscopio ma mi sembra eccessivo scendere in dettagli tecnici. L'utilizzo degli strumenti si impara con l'osservazione e poi semplicemente provando a realizzare un esame con l'occhio vigile del collega esperto.

Quanto sta lavorando in questi tempi da coronavirus?

L'attività chirurgica si è molto ridotta. Praticamente ormai si operano solo i pazienti non differibili (urgenze ed oncologici), e molto probabilmente si inizierà ad eseguire tracheotomie sui pazienti Covid-positivi. Ma per il momento non siamo stati ancora reclutati per questa procedura. L'attività ambulatoriale sembra miracolosamente sparita. Il tappo di cerume insopportabile, l'ipoacusia improvvisa, la lisca di pesce bloccata in laringe, l'epistassi severa... questi problemi più e meno gravi riempiono l'attività ambulatoriale della routine. Improvvisamente, come per un covid effect, le persone non si ammalano più di queste patologie. Possibile? Ai tempi del coronavirus la gente si rivolge al medico solo quando è strettamente necessario. Questo dovrebbe far riflettere sullo spropositato numero di accessi al Pronto Soccorso del tutto impropri. L'idea che mi sono fatto è che ciò avviene per due aspetti: la dequalificazione della figura del medico e perché il paziente non paga di tasca propria la prestazione erogata per i codici bianchi e verdi, che sono differibili o trattabili dal proprio curante.

La sua retribuzione è cambiata?

Non è cambiata

Che tipo di indicazioni, protocolli ha ricevuto dalla direzione sanitaria?

Indossare la mascherina per eseguire le visite che nella nostra disciplina ci espongono in diretto contatto col rischio di venire a contatto con la saliva dei pazienti.

Ha un equipaggiamento adeguato?

Non proprio.

Come pensa che muterà l'organizzazione degli ambulatori/distretti sanitari in seguito a questa crisi?

L'Italia è un paese che non impara mai. Si pensi al fascismo e alle orribili conseguenze sulla libertà, economia e dignità di questo popolo. Eppure a distanza di quasi 80 anni si assiste ad un ritorno di un'ideologia che ha seminato morte e diseguaglianza. La domanda dovrebbe essere cosa dovrebbe mutare nell'organizzazione della sanità dopo questa crisi. Credo bisognerà restituire dignità alla professione medica: cosa vuol dire? Ripristinare l'autorevolezza della figura del medico nella società, perché il medico è una figura messa a salvaguardia della salute e quindi della vita dei cittadini. Questo vuol dire che bisogna investire nella sanità pubblica, non solo aumentando il numero delle borse di specializzazione, ma controllando che i giovani specializzandi vengano formati a dovere; investire nella ricerca; investire nei macchinari e nell'assunzione del personale in base ad una saggia gestione delle risorse e programmazione sanitaria territoriale; azzerare il divario del trattamento sanitario tra nord e sud; aumentare lo stipendio dei dirigenti medici ospedalieri e consentire nuove assunzioni per permettere al medico di vivere al meglio e quindi lavorare meglio.

Pensa che il governo stia tutelando davvero la sicurezza intesa come sanità e salute pubblica?

Il governo ci sta provando con un tentativo un po' bislacco. Perché se da un lato la "clausura" è necessaria al contenimento di un'epidemia, dall'altro sono stati eseguiti troppi pochi tamponi. La conoscenza realistica del numero degli infetti (anche se e a maggior ragione asintomatici) è necessaria per provvedere a misure di isolamento selettivo dei soggetti infetti e spegnere l'epidemia il più rapidamente possibile. La strategia che il governo ha messo in atto rischia di non essere risolutiva perché riesce soltanto a diluire nel tempo i contagi senza mai raggiungere un picco.

Ha potuto fare il tampone? Secondo lei perché non lo hai fatto?

Non sono stato sottoposto al tampone. I tamponi costano e scarseggiano (e poi chi li legge?) e questo è il motivo per il quale, credo, il governo non ha deciso di fare il test a tappeto a tutta la popolazione. I medici vengono sottoposti al test solo se sintomatici. Se si sottopone al test tutta la popolazione ospedaliera, medici, infermieri, osa, praticamente chiuderebbero gli ospedali per mancanza di addetti ai lavori.

Le altre patologie non sono in quarantena. Intervista ad un medico in Lombardia
Aprile 2020

Questa intervista di Antonio Alia a un medico rianimatore di un ospedale pubblico di una importante città lombarda ci suggerisce alcuni spunti di riflessione e qualche elemento di inchiesta politica.

La prima evidenza è la forte differenziazione del sistema sanitario sia in termini di finanziamento che di condizioni di lavoro. Esistono cioè, anche all'interno di uno stesso distretto, strutture sanitarie e al loro interno reparti e settori clinici più finanziati di altri. L'intervista suggerisce l'idea che l'allocazione delle risorse seguirebbe una razionalità di tipo aziendale. Dipende cioè dal potenziale di valorizzazione che caratterizza la singola struttura o settore clinico. Nonostante i processi di aziendalizzazione la sanità pubblica sembrerebbe però garantire una maggiore autonomia all'attività medica, preferibile ai compromessi etici e politici che comporterebbe il lavoro nel privato. Questo è un punto su cui vale la pena aprire una riflessione politica seppure in termini ipotetici: se l'investimento massiccio sulla sanità, che probabilmente seguirà la crisi da coronavirus, sarà accompagnato da un'ulteriore industrializzazione del settore la tutela dell'autonomia professionale potrebbe rivelarsi un potenziale elemento di conflitto.

La crisi da coronavirus, come ha raccontato la stampa mainstream, ha ulteriormente stressato un sistema impreparato ad affrontare un'emergenza del genere e già fortemente deficitario per via della mancanza di macchinari, di personale e di strutture e con condizioni di lavoro particolarmente dure, sebbene differenziate lungo la gerarchia ospedaliera. A dimostrazione della situazione di stress del sistema sanitario sia sufficiente riportare il dato della sospensione dei trattamenti ospedalieri “non covid” e non urgenti. Nonostante l'emergenza abbia reso evidente la necessità di nuova forza-lavoro, il sistema ha reagito replicando le sue logiche. Per fare solo un esempio le nuove assunzioni per fronteggiare il contagio sono state effettuate con contratti precari. Un altro aspetto da rilevare è l'exasperazione dello sfruttamento e delle condizioni di lavoro nelle sanità provocata dalla crisi.

Tuttavia a giudicare da questa intervista, sembrerebbe che almeno in una fase iniziale l'emergenza e la retorica patriottica sia riuscita ad attenuare i conflitti dentro le strutture sanitarie. Permangono però questioni, anche “semplicemente” sindacali e che già oggi fanno capolino sulla stampa, che potrebbero in un futuro prossimo trasformarsi in istanze rivendicative capaci di canalizzare il diffuso malcontento per le condizioni di lavoro, soprattutto delle figure lavorative che stanno più in basso nella gerarchia ospedaliera (infermieri, medici tirocinanti).

L'intervista ci offre pure una fotografia sommaria della divisione del lavoro all'interno di un reparto. All'apice della piramide troviamo i primari, figure sempre più manageriali che si occupano di reperire le risorse e di curare i rapporti “politici” oppure quelli con i “clienti” del servizio. A seguire c'è l'équipe medica che organizza di fatto il funzionamento del reparto. In fondo troviamo le infermiere a cui sono demandate le mansioni solo apparentemente più dequalificate. Un altro elemento che emerge molto chiaramente è l'importanza che il lavoro “informale” di ricerca e innovazione, svolto al di fuori dell'orario lavorativo e con l'ausilio di macchinari telematici, ricopre nella ricerca e sviluppo di trattamenti adeguati. Anche in questo caso lo smart-working comporta un allungamento della giornata lavorativa,

un'estensione del lavoro gratuito ed è in grado di ampliare lo spazio di produzione dell'innovazione.

Confermata ormai anche dalla stampa mainstream, l'intervista ribadisce l'idea che l'organico medico e sanitario sia stato escluso dallo screening del tampone per evitare che le eventuali quarantene provocassero una penuria di personale. L'ultimo spunto di riflessione degno di nota è la constatazione che nel corso della pandemia molte patologie si sarebbero drasticamente ridotte. L'ipotesi di l'intervistata è che all'origine di questo fenomeno ci sia l'interruzione di molta produzione in seguito al lockdown. Pur non trovandoci di fronte a una sospensione sistemica, possiamo dedurre però che i costi sociali di una specifica normalità capitalista sono molto alti.

Che tipo di professione medica eserciti e in quale struttura?

Sono un rianimatore e lavoro all'ospedale di ***** in rianimazione non universitaria. Lo specifico perché essendoci a ***** due rianimazioni, di solito quella non universitaria ha meno mezzi e sponsor ma comunque è una rianimazione già preesistente e ben strutturata. Devo fare dei turni anche nella periferia, a ***** , che fa parte della stessa azienda ma è un ospedale periferico dove non esisteva una rianimazione fino a due settimane fa. Prima, lavoravamo nei reparti, si ventilavano i pazienti in maniera non invasiva poi invece abbiamo dovuto aprire la terapia intensiva anche lì.

Perché c'è questa differenza tra rianimazione universitaria e non? A cosa è dovuta?

Perché il reparto universitario ha più sponsor, agganci, anche politici, più specializzandi, personale che lavora per quel reparto e presenza di professori. Può dunque fare anche più pubblicazioni e di conseguenza ricevere più fondi mentre quella non universitaria fa più fatica a ottenerli.

In questi anni quali reparti hanno ricevuto più finanziamenti, quali meno e perché?

Dipende da come è un reparto, quanto è all'avanguardia, quanto pubblica (ricerche, ndr), che operazioni fa. Per esempio le chirurgie ricevono tanti soldi quando fanno certi tipi di interventi (cardiologia, neurochirurgia, chirurgia vascolare) perché sono costosissimi anche i materiali da usare. Noi dell'anestesia e della rianimazione costiamo tanto già come reparto, come degenza normale quindi si fa fatica a comprare un ecografo da diecimila euro mentre una protesi vascolare in chirurgia da settantamila euro magari riescono a ottenerla.

Perché succede questo?

Non lo so, credo che sia per una questione politica oppure pressione da parte delle aziende che producono le protesi per provarle e testarle.

Come mai hai scelto di lavorare nella sanità pubblica?

Io ho scelto proprio di lavorare nella sanità pubblica. Prima di lavorare per un privato dovei trovarmi con l'acqua alla gola. Nonostante la politica sia anche dentro l'ospedale pubblico e sia molto forte come si capisce già dalla differenza tra rianimazione universitaria e non,

nell'ambiente privato questo è espresso all'ennesima potenza e quindi si è costretti a lavorare con una serie di compromessi che vanno oltre la professione. Nel pubblico questa situazione in parte esiste ma si è comunque più liberi di esprimersi come meglio si crede.

Come funziona normalmente il tuo reparto? Quali pazienti trattate? Chi vi accede? Come è cambiata la giornata lavorativa dopo l'emergenza?

La giornata tipo prima dell'emergenza vedeva il rianimatore nel suo reparto, in cui vi sono pazienti molto gravi, quasi tutti intubati. I rianimatori possono essere chiamati negli altri reparti per le situazioni al limite (arresto cardiaco, assenza di respirazione, convulsioni ecc.). Con l'emergenza è successo che i malati in rianimazione presentano tutti lo stesso problema quindi per un verso è più facile, essendo i protocolli gli stessi, ma chiaramente le persone hanno anche patologie diverse, con gravità diverse e rispondono diversamente alle terapie. Il carico di lavoro è aumentato tantissimo, se prima nella mia rianimazione avevamo 10 letti adesso ne abbiamo 24. Anche il fattore logistico ha portato delle complicazioni: per esempio abbiamo trasformato la sala riunioni. Quando bisogna aggiungere dei letti nuovi bisogna trovare degli ambienti che siano idonei a ventilare il paziente quindi devono esserci delle prese dell'ossigeno e non è semplice crearle. Ciò comporta un lavoro immane da parte dei tecnici per creare le condizioni per avere i nuovi posti.

I malati sono tantissimi, sono aumentati in maniera spropositata rispetto a prima e le condizioni in cui lavoriamo sono più pesanti. Inoltre in tutto l'ospedale fuori dalle terapie intensive ci sono gli stessi malati un pochino meno gravi che stanno aspettando il posto in terapia intensiva; sono fuori dai reparti di rianimazione, vengono ventilati con delle maschere e vengono seguiti da medici che non sono rianimatori e che si sono trovati dall'oggi al domani a ventilare i pazienti, cosa che non avevano mai fatto prima. Noi rianimatori ci diamo compiti diversi a seconda dei giorni, facciamo i giri nei reparti per vedere come stanno i malati e scegliamo, tra quelli che hanno bisogno di terapia intensiva, quali prendere in base alla disponibilità dei posti.

Il criterio che utilizzate per selezionare quale è? C'è un protocollo?

No, non ci sono protocolli, vengono scelti i pazienti che hanno più possibilità di farcela. Intraprendere la terapia intensiva, soprattutto con questa patologia, è un percorso lungo e difficile e chi ne esce non ne esce sempre bene. Magari guarisce dal Covid, dalla polmonite, ma potrebbero verificarsi successivamente delle ripercussioni serie e gravi e non tutti possono farcela. Soprattutto sulla base delle patologie che hanno e l'età si decide chi portare in rianimazione e chi no.

Questo è un criterio che vale anche in situazioni di normalità oppure è una novità per te?
Vale sempre, in questa situazione molto di più.

*Come si svolge la tua giornata di lavoro tra gli ospedali di ***** e l'ospedale di *****?*

Io faccio periodi a ***** e periodi a ***** , quindi non cambio tutti i giorni. A ***** è un po' diverso perché prima non c'era la terapia intensiva quindi quello che noi facevamo era ventilare e seguire i pazienti ventilati al di fuori della rianimazione. Quando un paziente doveva essere intubato si cercava un posto in terapia intensiva da qualche parte in

Lombardia laddove non ci fossero stati posti nell'ospedale di *****. Adesso abbiamo creato questi nuovi 4 posti in terapia intensiva a ***** ma è una bella sfida. Creare dal nulla una terapia intensiva, senza il personale, senza rianimatori, senza infermieri che sappiano gestire i malati in rianimazione è molto difficile. Anche tutto il materiale che occorre non c'era e tuttora mancano ancora tante cose. Oltre a questo non c'è un responsabile perché il primario di anestesia di ***** ha sempre e solo fatto anestesia quindi non ha idea delle dinamiche e della complessità della terapia intensiva, anche per quanto riguarda il contatto coi parenti. Adesso lì siamo due rianimatori giovani e poi tutti anestesisti che non hanno questa esperienza, per cui diciamo che non si lavora al meglio ma soprattutto per il rapporto con i parenti e la valutazione dei malati.

Quindi c'è un problema non solo di macchinari e di logistica ma anche di formazione del personale?

Sì, assolutamente sì.

Questo problema lo state affrontando?

Sì, però è difficile, impariamo tra di noi. A ***** si sente l'assenza di un responsabile che tenga le fila di tutto. Noi, facendo i turni, non riusciamo a seguire i pazienti tutti i giorni in tutti i passaggi e quindi neanche a parlare coi parenti con la stessa linea di pensiero; un giorno ci parlo io, il giorno dopo un altro, chiaramente avendo formazioni diverse quello che viene detto è diverso e quindi molti parenti si sentono persi.

Il lavoro finisce nel reparto oppure svolgi una parte di lavoro anche a casa?

Si lavora anche da casa. Si tratta soprattutto di videoconferenze di approfondimento su questa malattia, io le seguo in diretta quando posso oppure dopo. Fondamentalmente si parla, ci si confronta e ognuno porta la propria esperienza dai vari centri della Lombardia. Per esempio ieri c'è stato un incontro in lingua inglese di 8 ore con vari professionisti organizzato dall'Editeam, che è una società scientifica. È sicuramente un modo per crescere e per imparare. Poi c'è tutta la letteratura che ci passiamo tra colleghi e ne discutiamo e poi di fatto siamo sempre attaccati al cellulare.

Qual è l'obiettivo di queste ricerche e scambi di informazioni?

Salvare più persone possibile, non tanto trovare una cura. Come trattare i malati, trattarli al meglio, chi trattare e chi no, chi può farcela e chi no, quali sono i pazienti che vanno meglio e quali peggio, cercare di capire se i farmaci che noi utilizziamo hanno effetto oppure no, quando intubarli e quando è meglio fermarci, i tempi di risposta degli organismi in questa malattia, perché non li conoscevamo, e capire come si comporta questa patologia nelle diverse persone.

Da quando è scoppiata l'emergenza sono stati adottati dei protocolli? Che tipo di indicazioni hai ricevuto dalla direzione, se ne hai ricevute?

No, nessuno. Non esistono protocolli né indicazioni. Noi abbiamo continuato a fare il nostro lavoro, ci siamo riorganizzati per conto nostro. La decisione di andare da un ospedale all'altro

in periferia l'abbiamo presa tra colleghi. Ci autodeterminiamo di fatto, abbiamo il primario ma lui si occupa di fare le riunioni, della riorganizzazione del reparto, di prendere contatti per ricevere più ventilatori mentre l'organizzazione clinica avviene tra di noi.

Rispetto al contenimento del contagio, è stato fatto qualcosa? L'equipaggiamento lo ritieni adeguato?

All'interno dell'ospedale noi siamo protetti, nel senso che abbiamo i camici e le maschere adeguate, nelle terapie intensive da noi è gestito bene. Ovvio che il pericolo del contagio c'è perché quando ti spogli puoi contaminarti. Abbiamo cercato di creare percorsi per abbassare il rischio al minimo. Mentre invece nei reparti fuori, dove ci sono molti più pazienti che sono ventilati senza il tubo e solo con le maschere, il problema del contagio è più alto. Le restrizioni lì sono meno rigorose anche se potenzialmente il rischio è maggiore perché gira molta più gente. In rianimazione stiamo tante ore vestiti [con gli indumenti protettivi, ndr] ed è faticoso però più sicuro paradossalmente rispetto agli altri reparti.

A fronte dell'emergenza e dell'aumento del carico di lavoro l'organico è cambiato?

Sì, all'inizio no ma da circa una settimana sono stati assunti, con un contratto ridicolo non so se a chiamata o co.co.co ma sicuramente non con un contratto a tempo determinato vero e proprio, gli specializzandi del quarto o quinto anno. Chiaramente non hanno le competenze per trattare questi pazienti quindi devono essere comunque affiancati. Si tratta di un tamponamento in una situazione drastica.

Rispetto agli infermieri?

Anche quello è un grosso problema perché sono stati chiamati infermieri da ogni dove, però purtroppo questo è ancor più grave perché, ad esempio, mi son trovata a lavorare con infermieri in rianimazione a ***** che agiscono in modo non opportuno e questo è pericoloso soprattutto in terapia intensiva dove bisogna sempre stare all'occhio e controllare che tutto venga fatto bene. Quindi non riusciamo a lavorare in tranquillità.

Come è cambiata la organizzazione dell'ospedale con questa emergenza?

È cambiata completamente, molti reparti come chirurgia, ortopedia, non lavorano più perché comunque tutti gli interventi sono stati procrastinati e vengono riempiti di persone che hanno questo problema e vengono ventilati. Quello che viene garantito dall'ospedale sono le emergenze. Un ospedale come quello di ***** può chiudere e dedicarlo tutto solo ai casi di Covid, per cui tutte le emergenze, salvo quelle di morte immediata per cui serve la sala operatoria, vengono mandate a *****. A ***** di conseguenza tutta quest'altra parte continua a funzionare.

Si sono saturati o mantengono un livello normale?

Sembra siano diminuiti i malati, tolti ovviamente quelli con Covid.

Secondo te perché?

Non lo so questo, non riusciamo a spiegarlo. Forse perché si lavora di meno, c'è meno inquinamento, le persone stanno più a casa e hanno un ritmo di vita diverso. È l'unica spiegazione che posso dare perché mentre è logico che stando a casa e fermandosi il lavoro ci siano meno incidenti sul lavoro o in generale politraumi, sono diminuiti anche gli infarti le emorragie cerebrali ecc.

È possibile che la gente non si faccia ricoverare per paura di contrarre il contagio?

Non credo perché per esempio se si ha un dolore toracico, un principio di infarto, se non si va in ospedale si muore. Sarebbero aumentate le morti a casa e avremmo saputo che persone sono morte perché non trattate.

Secondo te dopo questa emergenza come cambierà l'organizzazione dell'ospedale? Se ne parla?

No, perché siamo troppo presi da altro.

Neanche ai piani alti?

Non credo. Secondo me non cambierà molto. Ritorrerà come prima, passata questa fase di emergenza, piano piano, si rientrerà alle modalità precedenti perché non è che questo problema si è instaurato per colpa della sanità, è una emergenza a cui l'ospedale ha risposto bene. Per quanto i media abbiano da ridire, stiamo lavorando bene e in una condizione veramente di guerra, se si pensa a tutti i decessi avvenuti in pronto soccorso. Ormai non stiamo più garantendo le cure migliori a nessuno e questo è triste però stiamo cercando di fare il possibile per il maggior numero di persone possibile. Nel momento in cui questa emergenza svanirà si ritornerà agli standard di prima e alle condizioni lavorative di prima.

Le ferie sono state sospese?

Ovviamente questo periodo siamo tutti richiamati al lavoro.

C'è qualcuno che si lamenta?

Qualcuno sì, ma sono casi eccezionali. In generale ho visto tutti molto miti, con voglia di risolvere questa situazione, di lavorare, di impegnarsi; poi, chi più chi meno, però questa cosa mi ha spinto positivamente. Questa unione nel voler venirci fuori, di voler migliorare le cose e dare una mano è molto forte da parte di tutti. Gli infermieri sono molto stanchi chiaramente.

C'è una differenza di distribuzione del carico di lavoro tra le diverse figure del reparto dell'ospedale?

Ognuno ha il suo. Gli infermieri dicono che il carico di lavoro per loro è più alto perché sono loro che sono sul malato fisicamente e noi magari meno, però il carico decisionale nostro su una malattia nuova loro non lo percepiscono. Per l'infermiere il carico di lavoro sarà sempre percepito come maggiore di quello del rianimatore. Non esistono indennità, ferie, bonus o

cose di questo tipo e questo è brutto per noi sanitari in generale e particolarmente per gli infermieri che hanno uno stipendio più basso.

La tua retribuzione non è cambiata?

No, assolutamente e lavoriamo in condizioni pessime, ormai non possiamo più neanche mangiare, non abbiamo una cucina pulita, i vassoi non ci sono più, non ci sono più spazi liberi per riposare o respirare aria pulita a causa dell'affollamento e della conversione di questi spazi in posti letto.

Quali sono le carenze maggiori del tuo reparto e della sanità pubblica?

Forse, rispetto alla sanità privata, avere meno soldi e meno possibilità immediata di avere qualcosa in più, come strumenti o presidi. La questione degli spazi è sicuramente diversa. Se un ospedale privato ha dieci posti e li ha saturati non accoglie più invece l'ospedale pubblico deve cercare di far fronte all'emergenza in maniera tassativa.

Tu ti senti esposta al rischio? Ti sembra giusto? Rispetto al rischio cosa vorresti che si facesse?

Allora, io mi sento esposta però, essendo donna e giovane, il rischio per me è molto più basso. Di conseguenza temo meno per la mia salute rispetto ad altri colleghi. Sono in isolamento a casa e cerco di non far ammalare nessun altro. Hanno dato disponibilità di alloggi gratuiti e vicino all'ospedale, per i dipendenti ospedalieri che vogliono isolarsi ma non hanno la possibilità. Sicuramente vorrei un riconoscimento economico per questa situazione.

Tu il tampone l'hai potuto fare? Come sono stati gestiti i tamponi?

I tamponi vengono fatti solo ai sintomatici e se i sintomi si protraggono per giorni o se si ha avuto un contatto non protetto con qualcuno positivo. A quel punto viene fatto il tampone e se risulta positivo si deve restare a casa. Il problema è che non li fanno più con tanta facilità come all'inizio perché se risultassimo positivi non potremmo lavorare e non ci sarebbe più personale sanitario a disposizione.

A Crotone, 300 tra medici e infermieri dell'ASP si sono messi in malattia in massa, le motivazioni si conoscono, immagino evitare di entrare in contatto con il virus. Che ne pensi?

È una vigliaccata, ma me lo aspettavo. Anche qui c'è stato qualche episodio ma è veramente qualche eccezione su centinaia di dipendenti. Di questo sono molto contenta perché comunque i lombardi si sono dimostrati tutti disponibili ad aiutare, hanno continuato a lavorare con le adeguate tutele. Credo che questo ci faccia onore.

Pensi che qualcuno dopo l'emergenza avanzerà delle richieste di indennità, di ferie o di più personale?

Noi l'abbiamo sempre detto, spero che a livello amministrativo nella nostra azienda si prenda atto della necessità di assumere più personale, siamo sempre contattati. A volte mi chiedo, se

qualcuno va in maternità? I turni verrebbero coperti dagli altri che dovrebbero fare più ore di conseguenza.

Il lavoro volontario negli ospedali dell'emergenza. Intervista ad alcune studentesse di Bologna

Aprile 2020

Intervista di Sofia Sagarriga Visconti ad alcune studentesse di medicina a Bologna impegnate negli ospedali come volontarie.

Nella riorganizzazione della sanità bolognese di fronte all'ormai nota pandemia mondiale vi è, come nel resto del territorio, il coinvolgimento di tutte figure professionali presenti negli ospedali. La particolarità della nostra realtà è quella di richiamare tra le file anche gli studenti di medicina che, come volontari, vengono inseriti in una macchina oberata di lavoro in cui da fare ce n'è per tutti. Questo articolo (con interviste fatte a inizio aprile) è parte del tentativo di fare un'inchiesta che coinvolga più attori in assoluto, dando uno spaccato dell'enorme complessità e delle molteplici contraddizioni che si intersecano in questo contesto, raccoglierne la voce e le opinioni aggiunge un tassello a puzzle. Martina, Giulia e Carolina hanno infatti il privilegio di essere interne alla sanità ma di non farne organicamente parte, di avere conoscenze tecniche che permettono loro di criticarla e di metterne in luce i meriti, e la distanza e la prospettiva di riconoscere quello che è la sanità italiana e di provare a dire come dovrebbe essere e vorrebbero che fosse.

Come mai hai scelto di aderire a questo progetto?

Studiamo tutte medicina e siamo verso la fine del nostro percorso. Vista la situazione di vera emergenza a livello anche di organico ospedaliero abbiamo pensato che le nostre competenze potessero essere utili, che fosse lecito e necessario dare una mano.

Dietro una risata, qualcuna confessa che dopo una settimana dentro casa avere un motivo per uscire di casa non è male!

Quanto stai lavorando con l'emergenza del Coronavirus?

Nel momento della domanda per il volontariato ti viene chiesto quanto puoi dedicarti al progetto. Non avendo molto da fare abbiamo dato la piena disponibilità: i turni che ci sono stati assegnati sono di circa cinque ore al giorno, anche se spesso accade che le ore diventino sei, sette o anche otto. Dal 23 marzo a data da destinarsi!

Che tipo di compiti svolgi, in quale reparto e in quale ospedale?

A ciascuno dei volontari viene assegnato un compito specifico in un reparto. C'è chi è finito in Malattie Infettive con il compito di contattare telefonicamente coloro a cui va comunicato l'esito del tampone, ma c'è anche chi fa catalogazione dei dati di richieste ed esiti dei tamponi nel reparto di Microbiologia, follow up e raccolta dati sui farmaci che vengono somministrati per il Dipartimento di Farmacologia. In Farmacia vengono fatti i kit da consegnare ai pazienti che assumono terapia a domicilio. Sappiamo che alcuni volontari sono stati assegnati in Pronto Soccorso e lavorano molto, altri invece dopo aver frequentato per un po' altri ospedali (n.d.r: tutte le intervistate sono state assegnate all'ospedale Sant'Orsola di Bologna) si sono ritirati perché stavano a scaldare la sedia senza far niente. Insomma, quello che si fa e il funzionamento del progetto è molto variabile.

La tua figura come si inserisce all'interno del funzionamento del reparto? Che ruolo ti sembra di ricoprire?

Schiavi, facciamo gli schiavi: andiamo a lavorare anche a Pasqua. Schiavi di alto livello, schiavi borghesi. A parte gli scherzi (che poi tanto scherzi non sono), l'opinione generale è che i vari compiti assegnati non rientrino nell'attività ordinaria degli ospedali, e quindi in una situazione di normalità non richiedono la presenza di figure ad hoc: ad esempio il volume di tamponi analizzati di solito non è così grande, così come non vi è la necessità di fare tutte queste chiamate. Il funzionamento dell'ospedale è stato completamente stravolto da questa situazione, e così è anche per le necessità che vi sono all'interno.

I compiti che svolgiamo sono principalmente "d'ufficio", alcune cose sarebbero parte del lavoro burocratico del medico che però è più impegnato fisicamente nelle corsie degli ospedali, altre probabilmente potrebbero rientrare nell'ambito infermieristico. Alcuni portano anche avanti studi e database di specializzandi che sono stati chiamati o trasferiti provvisoriamente in ospedali in cui c'era bisogno. È una situazione straordinaria, con necessità straordinarie e noi siamo figure straordinarie.

Sono stati adottati protocolli particolari/straordinari?

In tutto l'ospedale vengono applicati specifici protocolli CoVid, a partire dal Pronto Soccorso con la costituzione di percorsi specifici, fino a tutti i reparti coinvolti in questo stravolgimento. Sono stati immediatamente date specifiche indicazioni di sicurezza: il primo protocollo specifico emanato dalla direzione risale all'incirca a fine febbraio.

Come pensi stia funzionando il reparto con cui ti interfacci durante questa emergenza? Gli altri reparti come stanno lavorando? Che impatto ha avuto la crisi sul loro funzionamento? Come pensi che muterà l'organizzazione dell'ospedale in seguito a questa crisi?

L'ospedale sta reagendo bene. Per le strade e nelle teste della gente quello che si percepisce è ansia e caos: contro ogni aspettativa l'ospedale dà un senso di tranquillità molto rassicurante. Chiaramente l'ospedale è in crisi e i reparti sono stati completamente riorganizzati. Lo stravolgimento, oltre che dal punto di vista dei letti, è in atto anche per quanto riguarda il personale. Vi sono alcuni reparti che sono stati completamente aboliti a favore di reparti specifici CoVid, ma anche nei reparti rimasti intatti vi è la necessità di riorganizzazione dei letti non-CoVid per rispettare tutti i protocolli, le distanze. Il personale è anche rivoluzionato: una parte è stata trasferita a zone in cui vi è bisogno, e tra quelli rimasti è stata necessaria una riorganizzazione tra quelli dedicati CoVid e quelli che permettono il funzionamento delle altre attività. Il modo in cui l'ospedale è abituato a funzionare è completamente cambiato: c'è chi pensa che non tornerà mai come prima, c'è chi pensa che prima o poi la normalità tornerà.

Ti è già capitato di vedere il reparto di terapia intensiva così saturo? Quali sono i reparti più impegnati in questa emergenza?

Noi partiamo di base da reparti notoriamente pieni: a tutti sarà capitato entrando in un reparto di medicina interna di vedere pazienti stazionati in corridoio in attesa del letto, per un tempo non proprio prevedibile. La sensazione generale è che più che la Terapia Intensiva, in cui

l'emergenza si sente ma l'alta intensità è la norma, l'impegno sia straordinario in tutti gli altri reparti.

Il Pronto Soccorso è un reparto notoriamente sovraccarico di lavoro e in cui le attese sono sempre lunghe: nell'immediato una delle eccezionalità è che sembra che da un giorno all'altro la gente abbia capito che non ci si deve recare in PS per qualsiasi cosa, il volume di pazienti in codice bianco è diminuito. Parallelamente tutto il suo funzionamento è stato stravolto, con protocolli completamente diversi e la separazione preventiva di CoVid-NonCoVid nella tenda montata all'esterno. Altri reparti in cui l'attività è straordinaria sono chiaramente quelli di Malattie Infettive, con un carico di lavoro fuori dalla norma, così come la Pneumologia, la Microbiologia. L'intero padiglione di Pediatria ha sconvolto la sua logistica, sia nel suo Pronto Soccorso nel reparto di pediatria d'urgenza. Non dimentichiamoci che, come conseguenza al virus, vanno tutelati anche i pazienti a rischio come ad esempio i ricoverati in Oncologia o Ematologia, in cui la logistica cambia per proteggerli. Insomma, tutto l'ospedale è coinvolto sia come logistica dei reparti che come distribuzione di forza lavoro.

Secondo te c'è un'eccessiva ospedalizzazione dei pazienti CoVid?

L'opinione è unanime: no, assolutamente no. Anzi – aggiunge qualcuna – in alcuni casi penso anche che facciano meno tamponi del dovuto.

Quali pensi siano le maggiori carenze della sanità pubblica di fronte a questa emergenza? Pensi che il Governo stia tutelando davvero la sicurezza intesa come sanità e salute pubblica?

Tutte mi sono sembrate d'accordo nel dire che si può sempre fare meglio, ma che con le carte che aveva in mano in Governo se la sia giocata bene. Non mancano però le criticità: qua funziona, ma non si possa dire che altrove le cose siano allo stesso modo. Il divario Nord-Sud sembra emergere in modo evidente: “la Questione Meridionale è una faccenda mai risolta”. La disparità di fondi è evidente, si manifesta nella più accentuata carenza di personale, nell'inadeguatezza delle strutture, in questa situazione, anche nella carenza di dispositivi di sicurezza presenti negli ospedali. Si tramuta in una minore tutela del personale sanitario e, paradossalmente, anche nella impossibilità di mettere in atto progetti di volontariato come questi: a Napoli non hanno mascherine da dare ai medici, figurarsi ai volontari.

Pensi che ci sia una tutela dei lavoratori ospedalieri per quanto riguarda dispositivi di sicurezza ed esecuzione di tamponi?

I dispositivi ci sono e vengono usati. Tutti i volontari vengono dotati dei Dispositivi necessari. C'è chi dice però, “senza nulla togliere”, che è uno schifo che un volontario abbia a disposizione una mascherina al giorno e medici e primari di reparti ad alto rischio si trovino a doverle centellinare, riutilizzarle giorno dopo giorno. I dispositivi ci sono, la distribuzione però non è proporzionale alle esigenze dei singoli reparti, concludono.

Ci sono invece opinioni diverse riguardo all'esecuzione di tamponi: da una parte c'è chi sostiene che circa un terzo dei tamponi che arrivano in microbiologia, tra quelli analizzati e quelli da analizzare, siano del personale ospedaliero, a dimostrazione che questo viene

controllato e tutelato. C'è chi però pensa che si stia chiudendo un occhio su alcuni operatori sanitari ritenuti essenziali, o su figure non coinvolte a stretto contatto con il pubblico come personale di laboratorio.

Tu hai un equipaggiamento adeguato? Ti senti esposto a rischio? Secondo te è giusto oppure no? Rispetto al rischio che cosa vorresti che si facesse? In caso tu sia venuto* a contatto con soggetti a rischio, hai potuto fare il tampone? Se no perché?*

Sì, tutte hanno un equipaggiamento adeguato, anche perché sì, sono esposte ad un minimo di rischio: è risultato che una loro collega sia venuta a contatto con una possibile fonte di contagio ed è stata contattata immediatamente, con quarantena fino al risultato del tampone.

A Crotone, 300 tra medici ed infermieri dell'ASL, si sono messi in malattia. Cosa ne pensi?

La Calabria, così come la Campania, sono sicuramente meno tutelate rispetto all'Emilia, rendendo probabilmente il gesto più comprensibile. Le opinioni sono molto diverse e discordanti: c'è chi sostiene che abbiano fatto bene, dall'altra parte vi è un'accusa di irresponsabilità.

Cosa pensi invece del rifiuto da parte dei quattro medici specializzandi campani della proposta di contratto che gli è stata avanzata? E della lettera presentata dai medici in formazione FederSpecializzandi Asspebo?

Per quanto possa essere considerato spregevole attaccarsi ai soldi in questa situazione, richiedere un giusto compenso per la propria professionalità è lecito. E quei contratti non proponevano un compenso onesto per il lavoro che gli era richiesto. "Non è etico. Non segui la vocazione" "Mavaffanculo".

Infine, cosa pensi delle 5.000 borse di specializzazione promesse e mai inserite nei decreti per l'emergenza? E dell'eliminazione dell'esame di abilitazione alla professione di Medico Chirurgo annunciata come misura che porta al SSN 10.000 nuovi medici per questa emergenza?

Non mantenere la promessa delle 5.000 borse di specializzazione in più per il concorso è una "vergogna infame", se ne renderanno conto. A maggior ragione in questa situazione alle intervistate è stato spesso ribadito come in carenza di medici e specializzandi il ruolo dei volontari diventa di estrema importanza come "tappabuchi" dei compiti più burocratici e d'ufficio. Si renderanno conto che manca personale.

L'esame di stato di base era superfluo: non ha mai avuto un significato nel percorso formativo di un medico, è solo un database di domande da impararsi a memoria, un gradino in più verso il mondo lavorativo. In definitiva quindi la sua abolizione è giusta. L'inciampo però c'è: l'abolizione è avvenuta dopo l'apertura delle iscrizioni per la sessione di luglio. Per accedere all'esame va pagata una quota di circa 450€: dove sono quei soldi? Che fine hanno fatto? Quei soldi devono essere ridati indietro.

D'altro canto, sia chiaro, un medico appena dopo la laurea (abilitato o no), non ha le competenze per poter essere "buttato in trincea", quello di cui abbiamo bisogno non è di

medici neolaureati, ma di figure specializzate e competenti: fino a quando non si adegueranno le borse di specializzazione alla richiesta di medici specializzati, crescente negli ospedali italiani, non si potrà dire di essere usciti da uno stato di emergenza.

La pandemia annunciata. Conversazione con Gianfranco Pancino Maggio 2020

A cura di Alice Leonardi e Sofia Sagarriga Visconti.

La pandemia del Covid-19 si è abbattuta su tutti noi, con una portata globale ancorché difforme nei diversi paesi e luoghi, e in tempi estremamente rapidi e accelerati. In Italia siamo alle porte della cosiddetta «fase 2», ovvero di un'immaginata e all'oggi piuttosto nebulosa transizione verso il ritorno alla «normalità». Per affrontare la questione, vorremmo innanzitutto fare il punto sulla pandemia del Covid-19, comparandola con altre pandemie o epidemie che ci sono state nella storia più o meno recente.

Questa domanda apre un terreno estremamente vasto. Il paragone con altre pandemie o epidemie è difficoltoso, perché non si conoscono ancora quali sono i reali dati di questa pandemia. Non solo perché non è finita e non si sa quando terminerà, ma anche perché il numero dei contagi è estremamente approssimativo, perfino quello dei morti. Non si può dunque fare un paragone diretto. La più grande pandemia degli ultimi due secoli è stata sicuramente l'Aids, con 35 milioni di morti a partire dal 1981. L'Aids è però completamente diverso dal Covid-19: dalla malattia non si guarisce, senza antiretrovirali il tasso di mortalità è praticamente 100, perciò non è comparabile. Ci sono state altre pandemie da virus acuti di cui si parla molto poco, come quella della rosolia negli anni Sessanta, che ha provocato una grande quantità di morti in utero o neonatali e di malformazioni congenite. È importante ricordare che la pandemia di rosolia è stata risolta dall'avvento del vaccino.

Però i modelli attuali del Covid-19 sono basati sulle pandemie influenzali, da quella del 1918-19 che ha provocato tra 40 e 50 milioni di morti con due grandi ondate, passando per quella del 1957-58, detta «asiatica», che ha causato un milione di morti, per arrivare a quella del 2009-2010, detta influenza suina, che si temeva peggiore e che comunque ha portato a centinaia di migliaia di morti. Tuttavia, anche se si tratta di virus respiratori, i virus dell'influenza e il SARS-CoV-2 hanno un andamento diverso e infettano popolazioni differenti: in particolare, il virus dell'influenza infetta soprattutto i bambini, mentre il coronavirus attuale infetta soprattutto la popolazione più anziana. L'unica cosa che forse si può dire è che il tasso di letalità del Covid-19, anche se varia notevolmente da paese a paese e non è ancora accertato, sembra comunque essere dieci volte più alto dell'ultima pandemia influenzale.

Avendo presenti altre epidemie pur di minor portata, come il Sars nel 2002-2003 e il Mers successivamente, era secondo lei possibile prevedere l'arrivo di un ceppo più pericoloso di questo virus e dunque agire con adeguato anticipo?

Sars e Mers sono state le epidemie da Coronavirus precedenti, per fortuna non divenute pandemie. Il Sars si è diffuso tra uomo e uomo dopo il passaggio dall'animale (individuato nel furetto), però si è estinto dopo circa un anno. Il Mers, apparso nel 2012, è passato dal dromedario all'uomo, però con passaggi interumani piuttosto rari: per fortuna, perché provoca il 37% di morti tra le persone infettate. Sulla base di queste due epidemie, rispondo alla vostra domanda dicendo che la pandemia attuale non era prevedibile: era prevista! Fin dal 2004 il centro di controllo delle malattie americano aveva avvertito del pericolo di una nuova epidemia o pandemia a Coronavirus e aveva richiesto a tutti i paesi di prendere le misure necessarie per poterla affrontare. Negli anni successivi vari scienziati e riviste

scientifiche avevano continuamente reiterato questo allarme. Si temeva anche una pandemia dal virus dell'influenza aviaria, H5N1, che fortunatamente non è arrivata e speriamo non arrivi: alcuni anni fa aveva provocato delle infezioni, con passaggi solo dall'animale all'uomo, che però avevano più del 50% di letalità. Si temeva in particolare che questo virus acquisisse la capacità di passare da uomo a uomo, creando un disastro terribile, come la peste bubbonica nel medioevo, cosa che non è avvenuta, ancora. È invece avvenuto che il nuovo coronavirus, il Sars-CoV-2 acquisisse – a differenza del primo – una grande capacità di passare da uomo a uomo, con una serie di mutazioni soprattutto nella proteina che permette di riconoscere il ricettore umano, diventando molto più contagioso del precedente. Quindi, ripeto, questa pandemia era prevista.

Prendendo in esame i comportamenti e i provvedimenti adottati dai diversi paesi sul piano internazionale, possiamo individuare dei modelli differenti di gestione della pandemia?

Nonostante questa pandemia fosse prevista, non tutti i paesi si sono preparati allo stesso modo. I paesi asiatici erano più sensibili, anche perché l'ultima epidemia di MERS nel 2015 aveva colpito la Corea del Sud. Erano stati fatti esercizi di preparazione in diverse nazioni, come la Corea del sud, quindi questi paesi erano già pronti non solo con maschere e disinfettanti, ma con strutture sanitarie capaci di far fronte a una possibile pandemia. Sappiamo quasi con certezza che i primi casi in Cina sono stati nell'autunno del 2019. Probabilmente, dopo uno o più passaggi dall'animale all'uomo, il virus è circolato a basso rumore nella popolazione, acquisendo ancora mutazioni che hanno reso più efficace la sua capacità di infettare le cellule umane, e che gli hanno poi permesso di scoppiare con il famoso outbreak nel mercato di Wuhan. La Cina non ha reagito immediatamente, ha inizialmente sottovalutato il problema, facendo addirittura arrestare i medici che avevano dato l'allarme; si è però rapidamente ravveduta e ha lanciato tutto il suo potenziale tecnologico per bloccare l'epidemia. Sappiamo cosa ha fatto: un lockdown generale dell'intera regione, un tracciamento di tutte le persone infettate, test a tappeto (i tamponi, come si dice in Italia), la costruzione di un ospedale dedicato ai malati del Covid.

Con queste misure è riuscita a soffocare l'infezione in un tempo relativamente breve (ci sono ancora alcuni casi, che però vengono generalmente dall'esterno). Altre nazioni già preparate – Corea del sud, Singapore, Taiwan, Hong Kong – hanno potuto agire diversamente perché avvertite da quello che era successo in Cina. Già da gennaio avevano preparato il materiale e le misure di intervento necessarie, hanno riconosciuto e isolato i primi casi: così, senza necessità di un confinamento totale della popolazione, hanno istituito misure di separazione sociale, annullato eventi di massa, chiuso le scuole e sono riuscite a interrompere la catena dei contagi e a bloccare la diffusione del virus, contenendo i casi d'infezione e i decessi.

Passiamo ora in Occidente: i nostri paesi non solo non si sono preparati, forse con l'eccezione della Germania, ma hanno fatto di tutto per trovarsi in una situazione che non permetteva di affrontare una pandemia. Hanno ridotto per anni tutte le capacità degli ospedali e delle strutture sanitarie, non hanno preparato le necessarie attrezzature (ad esempio le maschere), finendo per essere non solo impreparati ma addirittura indeboliti rispetto alla pandemia. Soprattutto Italia, Francia, Spagna e Inghilterra stanno pagando gravi conseguenze. Questi paesi hanno preso un colpevole ritardo nella valutazione della pericolosità del Covid-19. L'Italia ha reagito con un ritardo di quasi due mesi, quando il virus era già disseminato in varie regioni. Le strutture sanitarie erano totalmente insufficienti, e ci sono stati gravi errori nel permettere all'infezione di entrare negli ospedali e nelle case di riposo e nel lasciare il

personale medico e sanitario senza o con poche protezioni. Il lockdown è stato necessario per frenare la corsa del virus. In alcune regioni l'intervento è stato più efficace, come per esempio l'isolamento e il test di massa a Vo'. Il lockdown ha permesso di salvare finora il centro-sud dell'Italia da una epidemia massiccia e mortale. In Francia si calcola che il lockdown ha ridotto del 84 % il numero di contagi e ridotto il numero di riproduzione da 3.3 a 0.5.

La Germania è stata il miglior allievo. Innanzitutto, come si è saputo dopo, già da gennaio hanno preparato un test proprio per poter fare la diagnosi; avevano 28.000 letti di terapia intensiva (cinque volte quelli italiani) e li hanno portati a 40.000; aspetto fondamentale, hanno fatto i test in appositi centri non solo alle persone con sintomi, ma a tutti coloro che erano a rischio. Tali test potevano essere fatti anche dal medico curante, facendo uso di una cosa molto importante che noi abbiamo dimenticato con la regionalizzazione e frammentazione della sanità: la medicina territoriale. Hanno cioè usato i medici di base e gli ospedali di vicinanza, nello stesso tempo hanno isolato i pazienti in strutture apposite, evitando così il contagio di altri pazienti e del personale sanitario, come purtroppo è avvenuto in Italia. Perciò la Germania, pur con gravi danni, ne esce meglio di Francia, Italia e Spagna e Inghilterra.

Infatti, guardando i dati, salta immediatamente all'occhio la grande disparità tra la letalità in Italia, superiore al 13%, e quella tedesca, inferiore al 4%. Sulla base di quello che lei diceva, è corretto parlare della letalità come risultante del rapporto tra la virulenza del Covid-19 e la risposta ed efficacia dei sistemi sanitari dei diversi paesi?

Questo è un dato che non si può ancora valutare con precisione. Un motivo è che nei vari paesi il conto dei decessi è spesso diverso: alcuni contano solo quelli che sono morti di Covid, altri contano quelli che sono morti a causa del Covid ma non necessariamente per la malattia virale, e così via. Soprattutto, c'è un dato che manca: il numero effettivo dei contagiati, che non si conosce in nessuno di questi paesi. In teoria si sa in Cina: se fosse come dicono loro, il tasso di letalità sarebbe comunque molto elevato, superiore al 3%. In altri paesi, ad esempio in Corea del Sud (dove sono stati fatti test a livello generale), si calcola inferiore all'1%. In Italia i test non sono stati fatti con quell'estensione, quindi è davvero difficile valutare il tasso di letalità. Un'equipe di epidemiologi di Oxford stima che in Italia ci sarebbero stati circa sei milioni di persone infettate, il che ridurrebbe notevolmente il tasso di letalità. In Italia, inoltre, il numero di contagi è molto differente da regione a regione. Ad esempio, alcune valutazioni di un istituto romano fanno pensare che nella zona di Bergamo ci sia stato un numero di contagiati che permetterebbe di arrivare a quella che si chiama immunità collettiva, cioè alla protezione di coloro che non stati infettati, grazie al fatto che i contagiati guariti sono immunizzati, spezzando la catena di diffusione del virus. Si tratta per ora solo di valutazioni e ipotesi. L'unica certezza è che il numero di contagiati è estremamente maggiore di quello attualmente conteggiato.

Un'altra difficoltà nell'analisi è che questo virus ha un gradiente sia di infettabilità sia di letalità. I bambini fino ai dieci anni sono raramente infettati, e quando lo sono in genere non subiscono infezioni gravi. Faccio un piccolo inciso: di recente un'equipe inglese ha pubblicato il caso di un bambino che, positivo al Covid-19, presentava segni della malattia di Kawasaki, che provoca un'infiammazione dei vasi sanguigni e può causare delle complicazioni cardiache gravi. Al momento sono stati repertoriati una dozzina di casi di questo tipo in Inghilterra e una decina in Francia, quindi non sono casi isolati. Se per ora non si può però affermare con sicurezza che sia stato il Covid-19 a provocare questo tipo di

malattia, la cosa da tenere presente è che può non essere vero che i bambini sono del tutto protetti. Fino a trent'anni la mortalità è praticamente nulla, fino a cinquanta e sessant'anni la mortalità è relativamente bassa (le valutazioni danno a sessant'anni un tasso di mortalità di circa il 3,5-4 %), raddoppia però a 70 anni e aumenta fino al 18% nelle persone al di sopra degli ottant'anni. Si sa ormai che il Covid-19 determina nelle persone più fragili un'infezione generalizzata gravissima che colpisce non solo i polmoni ma anche l'intestino e soprattutto i vasi, provocando danni all'endotelio e micro-trombosi massicce. Il sistema immunitario invecchia, diventa meno capace di rispondere con cellule specifiche e anticorpi alle infezioni ed è dunque più facile che le sviluppi. Tra l'altro è stato dimostrato che il sistema immunitario invecchia più rapidamente negli uomini che nelle donne, cosa che forse contribuisce al fatto che l'infezione è più frequente e più grave negli uomini. Per tutte queste ragioni è perciò impossibile dare una risposta chiara sulla differenza dei tassi di mortalità. Sicuramente però le differenze, di cui ho parlato, nella disponibilità di mezzi di test e di controllo dell'infezione e di qualità delle strutture sanitarie tra i diversi paesi hanno avuto un peso sul numero di decessi.

Parallelamente all'azione sanitaria e all'organizzazione ospedaliera, ci sembra esistano almeno due filoni principali di intervento su cui ragionare: la prospettiva del vaccino come possibilità di debellare il Covid-19 e le necessità di sperimentare farmaci e cure che consentano una convivenza con il virus. Cosa ne pensa di queste strategie?

Dobbiamo ancora capire la risposta immunitaria al Covid-19, che al momento non è per nulla chiara. Virus nuovo, risposta immunitaria nuova. Quello che si sa è ciò che è successo con il Sars-CoV, l'infezione che assomiglia di più. L'immunità protettiva nei guariti di quell'infezione nel 2002-2003 non era di lunga durata: durava due anni in media, ma gli anticorpi neutralizzanti protettori cominciavano a declinare già dopo i primi quattro mesi. Non era quindi, come per altre infezioni, un'immunità che può durare anche a vita.

Già questo è un problema: secondo me sbaglia chi dice che le cose passeranno e non ci sarà più pericolo. Non si sa, infatti, se le persone che sono guarite potranno infettarsi nuovamente tra uno o due anni; bisogna perciò essere cauti, non si possono fare previsioni guardando nella sfera di cristallo, oppure sulla base di quello che già si conosce.

La risposta immunitaria che si vede nel Sars-CoV-2 è anomala, nel susseguirsi di IgM-IgG non si comporta come noi conosciamo in altre malattie virali. Soltanto l'analisi sierologica a tappeto, soprattutto nelle regioni a più alta frequenza di contagi, ci potrà permettere di sapere come si sviluppa l'immunità. I sistemi per l'analisi sierologica già ci sono, bisogna scegliere i test di cui ci si può maggiormente fidare.

Per quanto riguarda le cure, ci sono molte sperimentazioni in atto; un paio sembrano dare buoni risultati, che riguardano le forme più severe. Grazie anche a cardiologi italiani, è stato riconosciuto che la polmonite da Covid-19 si può complicare con una trombosi diffusa, con una coagulazione nei vasi del polmone. È stato perciò introdotto l'uso dell'eparina a basso peso molecolare per prevenire questo tipo di complicazione, pare che abbia degli effetti importanti. Sempre per contrastare l'aggravamento delle forme polmonari, l'uso di anticorpi monoclonali contro il recettore di interleuchina-6 pare dia dei buoni risultati, diminuendo fortemente l'infiammazione generale ed evitando la fase acuta più grave. Anche questo intervento è cominciato in Italia, a Napoli, se non mi sbaglio.

Infine l'uso del plasma di pazienti guariti aveva dimostrato in Cina, ed ora anche qui, un chiaro effetto terapeutico.

Per quanto riguarda invece terapie generali, per ora si naviga nel vuoto. Si parla parecchio di idrossiclorochina, e della sua associazione con un antibiotico, terapia usata dal professor Raoult a Marsiglia, però si tratta di una terapia contestata da molti; ci sono vari saggi clinici in corso, bisogna dunque aspettare una risposta chiara. Ci possono essere degli effetti collaterali: se si dà l'idrossiclorochina a delle persone malate di Covid-19 di una certa età, spesso con altre malattie, non è una cosa banale; a parere della comunità medica bisogna usare questa terapia sotto sorveglianza medica, possibilmente in ambito ospedaliero. Inoltre si testano una serie di antiretrovirali, ma non sembra diano grandi risultati. Tra gli altre molecole antivirali allo studio, ci sono degli inibitori di fusione e delle molecole che inibiscono varie fasi della replicazione del virus, come il Remsedevir. Per il momento, quindi, non c'è cura sicura. Ci sono semplicemente delle cure attenuanti, che evitano l'aggravarsi di alcuni casi. Dobbiamo attendere i risultati delle decine di studi clinici in corso.

Per quanto riguarda il vaccino, penso che la situazione non sia così complicata come è stata per altre malattie, come l'AIDS. Non solo perché ci sono più di quaranta compagnie che stanno cercando di svilupparlo: è evidente che si tratta di un grosso affare per le industrie farmaceutiche. Il punto è che non si parte da zero: al tempo delle epidemie di Sars e Mers varie compagnie e università hanno cercato di elaborare un vaccino, in particolare nel caso del Mers c'erano già state delle prove su animali (come dicevo, il virus del MERS passa dal dromedario all'uomo). Sembra che quel vaccino sia stato provato, oltre che su dei topi, sui dromedari con dei risultati incoraggianti. Dunque, molte di queste equipe hanno ripreso i vaccini che stavano elaborando e che avevano messo nel cassetto per l'esaurimento delle epidemie, in un contesto cioè in cui non c'era più niente da guadagnare. Hanno cambiato l'antigene, cioè la molecola del virus che serve a stimolare la risposta immunitaria e a creare una risposta cellulare specifica e degli anticorpi. Hanno perciò messo le proteine del CoV-2 – in particolare la proteina Spike di superficie, che permette di entrare nelle cellule – al posto di quelle precedenti del MERS o del SARS, usando gli stessi vettori e strumenti già costruiti: per questo motivo ci sono già degli studi sugli animali e in fase uno anche sull'uomo, per vedere se non sono tossici. Si va dunque molto più in fretta, il che non significa che si avrà un vaccino in tempi brevi: ci sono infatti molti pericoli. Un vaccino deve essere prima ben controllato per non avere degli effetti deleteri; deve perciò esserci innanzitutto un periodo di prova della sua non nocività e della sua efficienza prima di poterlo produrre in massa.

Comunque, non credo che si potrà raggiungere un'immunità collettiva senza un vaccino. Se, come dicevo, nella provincia di Bergamo forse c'è stato un tasso di infezioni sufficiente, esso è stato pagato con una mortalità enorme. Non si può costruire l'immunità collettiva facendo morire centinaia di migliaia di persone. Non credo e non voglio che questa sia una via praticabile. Tramite le cure e soprattutto tramite la nostra preparazione dobbiamo poter affrontare delle possibili nuove ondate, in attesa di un vaccino.

Analizzando le strategie messe in atto e guardando alla cosiddetta «fase 2», quali sono le lezioni di cui dovremmo far tesoro?

È una questione molto importante, perché adesso si sta progettando di allentare il lockdown e diminuire le restrizioni un po' dappertutto, perfino negli Stati Uniti, dove l'epidemia è ancora rampante e stanno morendo a migliaia. Per poter allentare le restrizioni bisogna prepararsi. Ci sono degli specialisti che sostengono che la pandemia finirà a breve: non so che elementi

possano avere in mano, tutto quello che abbiamo finora detto porta a capire che non conosciamo ancora né le caratteristiche della pandemia attuale né le caratteristiche di virulenza e immunogenicità del virus. Dobbiamo perciò prepararci al fatto che la pandemia persista e che, se si conclude una prima ondata, possano essercene delle altre. Ci sono previsioni che fanno pensare a una nuova ondata nell'autunno-inverno, altre prevedono la necessità di misure restrittive a ripetizione a causa di brevi ondate successive. Tutti questi modelli si basano sulle pandemie da influenza, quindi non sono sicuri. Credo che dovremo prepararci, in particolare in Italia, ad affrontare la peggiore delle situazioni: solo così ne possiamo uscire.

Allora, bisogna innanzitutto rimediare agli errori fatti. Prima di liberare le persone dalle case bisognerebbe liberare i reparti di terapia intensiva, permettendo alle strutture di essere disponibili e al personale sanitario di riposare. In secondo luogo bisogna accumulare il materiale necessario per comprendere l'attuale stadio della pandemia e affrontare nuovi pericoli. Dunque, bisogna avere uno stock sufficiente di tamponi, cioè di test Rt-Per: non solo per testare i casi sintomatici o addirittura gravi, come si sta ancora facendo per mancanza di tamponi, ma anche le persone che sono state a contatto con loro. Inoltre bisogna fare i test a tutto il personale sanitario e alle persone che sono a contatto con il pubblico. Ci sono infatti molti asintomatici, secondo alcuni studi sono il 50% o di più: non sanno di avere il virus ma possono propagarlo attraverso il respiro o parlando a distanza ravvicinata con altri. Il test di tutte queste persone è una campagna da fare assolutamente. Per le stesse ragioni, bisogna che ci siano le maschere. Ci vogliono le Ffp2 per chi lavora negli ospedali, e altro materiale di protezione adeguato. Sappiamo bene il disastro spaventoso, con circa duecento medici e infermieri morti in Italia perché non erano stati forniti di materiale necessario. In terzo luogo, bisogna mettere a punto e realizzare i test sierologici: solo questi permetteranno di sapere quante persone sono state infettate, come si sviluppa e si evolve l'immunità, combinando i test sierologici con i test RT-PCR. Tutto questo deve essere pronto per tempo; non si può dire alla gente di andare a ballare insieme senza che ci siano le misure necessarie per potersi difendere dal contagio e per non contagiare.

Oltre a ciò, c'è la questione fondamentale dell'adeguatezza delle strutture sanitarie.

Queste sono state indebolite in Italia, in Francia, in Spagna, in Inghilterra per piani dissennati che hanno portato a considerare l'ospedale come una fabbrica, un sito che deve produrre plusvalore. Ma l'ospedale è un bene comune, al servizio della salute pubblica, e non deve essere sottoposto alle cosiddette leggi di mercato. È perciò necessario ripensare completamente la struttura sanitaria italiana. Nell'emergenza, bisogna perlomeno costruire – come Ernesto Burgio dice da tempo – delle strutture sanitarie ad hoc, o adibire una parte delle strutture sanitarie esistenti esclusivamente per il Covid, equipaggiandole bene. Abbiamo purtroppo visto gli errori terribili che hanno portato a decimare i nostri nonni e anziani nelle Rsa, e come è stata portata l'epidemia negli ospedali. Parallelamente, come è stato fatto in Germania, bisogna ridare un ruolo ai medici di base e alle piccole strutture sanitarie territoriali. Sono queste, infatti, che permettono la sorveglianza, aspetto fondamentale: bisogna sapere quando c'è un nuovo caso, immediatamente intervenire e isolarlo – se possibile a casa oppure negli ospedali appropriati –, reperire i contatti che ha avuto, avvertirli e fare i tamponi, verificando quindi tutto il percorso del virus per evitare la diffusione massiccia. Questa cosa non può essere fatta dall'ospedale centrale, ma da presidi diagnostici, da squadre mobili, da medici di base in grado di intervenire immediatamente e informare per tempo le strutture apposite. È quindi fondamentale una territorializzazione della sorveglianza,

da abbinare a piattaforme informatiche di buon livello. Insieme a tutto ciò, serve un'adeguata informazione a tutta la popolazione e una formazione di tutto il personale sanitario, cosa ancora insufficiente e da fare con urgenza.

Tutti questi progetti e interventi devono essere centralizzati e appartenere a un'iniziativa nazionale, la risoluzione dei problemi non può essere lasciata ai singoli governatori. In Francia (non è un gran modello, ma meglio dell'Italia) è stato costituito un comitato scientifico di alto valore, con il compito di dare delle indicazioni; il potere politico prende quello che reputa utile e lo applica. C'è comunque un'importante capacità di indicazione strategica del comitato scientifico: ciò permette al potere politico di trovare delle direzioni e mediazioni più razionali ed efficaci rispetto al dover agire alla cieca, come almeno per un certo periodo è avvenuto in Italia.

Insomma, io sono convinto che bisogna allentare il lockdown, però bisogna molto rapidamente seguire le indicazioni che ho citato, che sono anche riportate in un documento molto preciso del comitato scientifico francese (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_conseil_scientifique_20_avril_2020.pdf).

Anziché pensare a un'ondata in autunno, è ipotizzabile una ripresa o un peggioramento della situazione dopo il lockdown?

Non ho una risposta chiara, proprio per i motivi che ho precedentemente elencato: non si conosce qual è la risposta immunitaria e quanti casi di contagio effettivamente ci sono stati. Anche se i casi sono molto bassi, nell'ordine del 3-4%, e si è sviluppata pochissima immunità, si può pensare che la curva del contagio si abbassi comunque perché purtroppo la popolazione più fragile è già stata colpita ed eliminata. Le infezioni funzionano così: quando non ci sono più persone che possono albergare il virus, questo non continua il suo contagio, quindi l'infezione declina. E in alcune regioni del Nord Italia la popolazione più fragile è già stata attaccata. Ci possono poi essere – cosa che non sappiamo – delle ragioni stagionali che portano a una diminuzione della virulenza del virus. Una delle previsioni è che la prima ondata di contagi si concluda, come in buona parte delle infezioni, poi – visto che non si è creata un'immunità collettiva– se il virus si ripresenterà ripartirà correndo, perché troverà una popolazione non adeguatamente immunizzata.

Quali sono, a suo avviso, le cause dell'enorme disparità di contagi tra il Nord e il Sud dell'Italia, tenendo conto che secondo molti esperti il virus stava già circolando prima di febbraio?

Si spiega in buona parte con il lockdown. Il virus è arrivato al Nord tramite i viaggi, le connessioni commerciali e industriali, e là si è diffuso molto rapidamente. Sembra che, in effetti, il virus sia in Italia almeno fin da gennaio, se non da dicembre, e poi si è diffuso forse aiutato anche dal fatto che l'inquinamento della pianura padana era molto elevata e il virus potrebbe aver trovato una situazione di infiammazione delle vie respiratorie che gli ha facilitato l'infezione e la virulenza. Non ha circolato allo stesso modo ovunque, ad esempio in Veneto si è diffuso meno perché ci sono stati degli interventi più intelligenti, come quello alla «cinese» fatto a Vo' Euganeo, con l'isolamento del paese e test a tappeto a tutta la popolazione. Tale intervento su un piccolo villaggio ha permesso di ridurre la diffusione del virus nella regione, per quanto i casi siano stati elevati anche lì.

Fortunatamente, dopo molte insistenze, in marzo in Italia è stato decretato il lockdown: ciò ha impedito che dal Nord l'epidemia si trasferisse molto rapidamente al Sud attraverso le normali vie di viaggio e comunicazione. In Sicilia, ad esempio, il virus è arrivato attraverso una comitiva di turisti bergamaschi che sono andati in visita a Palermo. Dunque, come abbiamo visto, dove si era preparati non è stato necessario un lockdown completo, come a Singapore e in Corea del Sud, per quanto anche lì abbiano chiuso le scuole e obbligato a un distanziamento sociale. Dove non si era preparati, come in Italia, questo confinamento fatto in ritardo è perlomeno servito a evitare la circolazione del virus al Sud.

Inoltre, è molto probabile che le condizioni ambientali delle regioni meridionali abbiano attenuato la diffusione.

Prima ha accennato agli studi sulla popolazione pediatrica. In relazione a ciò, c'è una giustificazione sulla riapertura o meno delle scuole e sugli effetti che può avere?

Innanzitutto, bisogna capire perché i bambini sembra che non si infettino o si infettino poco. Nello studio fatto a Vo', ad esempio, non è stato trovato nessun bambino al di sotto dei 10 anni contagiato sui 234 presi in esame. Se si fa una meta-analisi degli studi apparsi finora, si arriva a circa il 2%, quindi una percentuale molto bassa. Se si sapesse davvero il perché sarebbe una gran cosa, credo sia una delle questioni fondamentali. Io ho lavorato molto sulle persone che sembravano resistenti all'HIV e le cose che abbiamo imparato sono state importanti per tutti. Anche in questo caso, se si capissero i meccanismi immunologici che proteggono la popolazione infantile dall'infezione, avremmo un grande contributo rispetto alle cure. Ci sono comunque delle piste. È di recente uscito un articolo in cui si suggerisce che la vaccinazione in uso contro morbillo, rosolia e orecchioni potrebbe avere un potere di protezione parziale, perché ci sono delle omologie tra alcune proteine di questi virus, in particolare della rosolia, e delle proteine del Covid-19. Quindi, è possibile che tale vaccino faccia sviluppare degli anticorpi in grado di frenare il virus.

Queste vaccinazioni sono arrivate molto tardi, in Italia il vaccino trivalente è stato introdotto negli anni '90, quindi sono vaccinati i giovani e non i vecchi. Un'altra spiegazione possibile (solitamente in biologia sono sempre molte) è che siano le infezioni da altri Coronavirus benigni a lasciare delle tracce di immunità in grado di frenare il contagio del Covid-19. Ci sono infatti quattro Coronavirus che girano nella popolazione umana, provocando dei raffreddori o delle infezioni asintomatiche. Esistono sicuramente altre possibili ragioni, la spiegazione non può essere solo ricondotta al fatto che gli endoteli dei bambini sono più forti, perché se non si infettano vuol dire che sono protetti dall'ingresso del virus, è perciò possibile che abbiano un'immunità innata, di prima linea, più efficace rispetto alle persone adulte.

La riapertura delle scuole si fa principalmente per alleggerire il carico di lavoro dei genitori, è dunque un grosso problema da risolvere. Se i bambini non si infettano non dovrebbero essere portatori, però a scuola non ci sono solo loro: ci sono gli insegnanti, i bidelli, il personale amministrativo. Anche in questo caso riaprire le scuole sì, ma mantenendo tutte le condizioni di sicurezza. È chiaro che non si possono imbavagliare i bambini, però è importante che tutti gli altri mantengano le distanze, portino le mascherine e adottino le misure necessarie.