

BOLLETTINO



03 | 2020

MEDICOTRENTINO

ORGANO UFFICIALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO



UNA APPROFONDATA RICERCA
DEL DOTT. GIUSEPPE VERGARA

DI VIRUS ED EPIDEMIE
AI TEMPI DEL COVID 19

Nicolas Poussin - La peste di Azoth

Poste Italiane SpA • Spedizione in Abbonamento Postale • 70% NE/TN • Anno LXVII - N. 3/2020 • Tassa pagata - Taxe parçue • Reg. Trib di Trento n. 28 del 16/05/51 • Contiene I.R.

VACCINAZIONI: L'ORDINE DÀ
IL BUON ESEMPIO

IN NOVEMBRE IL RINNOVO DEL
CONSIGLIO DELL'ORDINE

COVID: LE TESTIMONIANZE
DI CHI ERA IN TRINCEA

CONVENZIONE ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO - UNIPOLSAI

Offerte esclusive riservate agli iscritti all'ordine dei medici e odontoiatri della provincia di Trento e familiari conviventi.

L'agente UNIPOLSAI ti aspetta per una consulenza su misura.

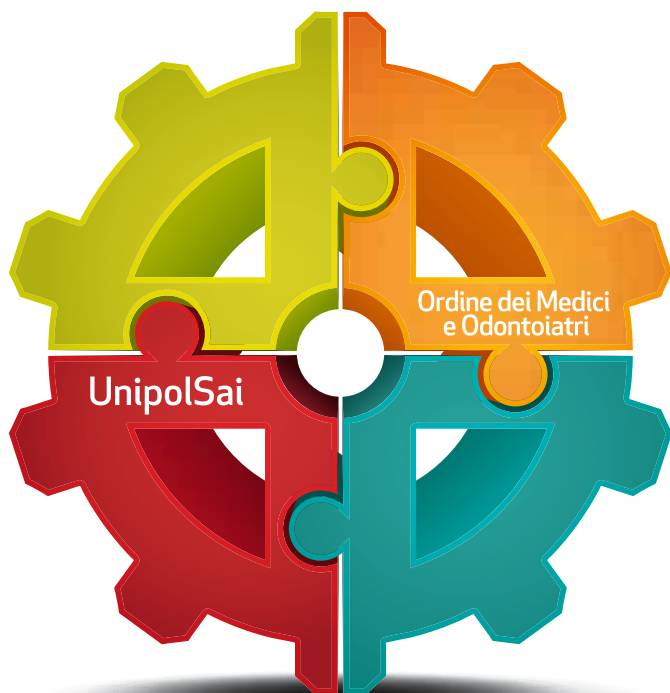
Via Dogana, 3 - 38122 Trento
Tel. Uff. 0461 982114 - Fax 0461 980034
E-mail: 34066@unipolsai.it
PEC: 34066@pec.agenzie.unipolassicurazioni.it
www.assistudiotrento.com

AI ASSISTUDIO TRENTO

di Vecchi Massimo & C. sas

UnipolSai
ASSICURAZIONI

L'unione che dà forza al tuo futuro.



MOBILITÀ

Assicura la tua auto e risparmi il **25%** su RCA e il **40%** su Incendio e Furto. Installa gratis **Unibox**: scopri **servizi innovativi** e **ulteriori sconti**.

-costi +servizi



CASA

Offri maggiore protezione alla tua **casa** e alla tua **famiglia** con la polizza multirischi.

-20%



PROTEZIONE

Assicura la serenità tua e della tua famiglia con le soluzioni **Infortuni e Salute**.

fino al -20%



RISPARMIO

Investi in modo sicuro, **proteggi i tuoi risparmi** e garantisci un futuro sereno alla tua famiglia.

+vantaggi

**TASSO
ZERO**
rate mensili

Puoi pagare in comode rate mensili
a tasso zero* fino a 2.500 €

* Pagamento del premio di polizza tramite finanziamento a tasso zero (TAN 0,00%, TAEG 0,00%) di Finitalia S.p.A., da restituire in 5 o 10 rate mensili in base all'importo del premio di polizza (minore o maggiore di € 240,00). Esempio: importo totale del premio € 500,00 - tan 0,00% - Commissioni di acquisto 0,00% - importo totale dovuto dal cliente € 500,00 in 10 rate mensili da € 50 ciascuna. Tutti gli oneri del finanziamento saranno a carico di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Operazione subordinata ad approvazione di Finitalia S.p.A. intermediario finanziario del Gruppo Unipol. Prima di aderire all'iniziativa, consultare le Informazioni europee di base sul credito ai consumatori (SECCI) e l'ulteriore documentazione prevista dalla legge disponibili in Agenzia e sul sito www.finitaliaspa.it. Offerta valida sino al 31.12.2018 soggetta a limitazioni. Per tutti i dettagli e per verificare quali sono le polizze disponibili con il finanziamento a tasso zero rivolgersi all'Agenzia.

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione della polizza leggere il Fascicolo Informativo disponibile in agenzia e sul sito www.unipolsai.it

La salute in Trentino ■ serve una riflessione

L'editoriale del presidente

Nel mese di novembre i medici ed odontoiatri trentini saranno chiamati alle urne per il rinnovo del Consiglio direttivo per il quadriennio 2021-2024. Questo importante appuntamento cade in un momento difficile, laddove le conseguenze del Covid-19 purtroppo si fanno ancora sentire.

Come si sa la nostra provincia, al pari di altre, è stata duramente colpita e i contagiati ed i morti sono stati molti. Medici, infermieri e personale socio-sanitario per settimane sono stati chiamati ad un lavoro intenso e rischioso, dentro e fuori gli ospedali. Sin dai primi episodi e quando comunque era palese che l'epidemia sarebbe stata lunga e pesante l'Ordine dei medici si è attivato sia per chiedere interventi rapidi ed adeguati alla gravità della situazione, sia per manifestare la propria solidarietà a tutti i medici. Ci siamo rivolti alle autorità sanitarie e a quelle politiche della Provincia sollecitando interventi e suggerendo strategie coraggiose per tentare di frenare le pesanti ricadute sulla salute della gente, sulla comunità e sulle attività economiche. Purtroppo dobbiamo dire che non siamo stati ascoltati e se qualche suggerimento nostro è stato accolto ciò è avvenuto con ritardi ed incertezze. Non sto a riassumere quello che abbiamo spesso invano chiesto in difesa della gente, dei medici e di tutto il personale. Basti ricordare che al presidente della Provincia l'Ordine ha scritto ben nove lettere e nessuna ha avuto risposta. Abbiamo verificato in tali circostanze i limiti di un'azione politica e sanitaria gestita senza la dovuta sicurezza e conoscenza. Nel mezzo della pandemia si è aggiunta poi la decisione del direttore dell'Azienda sanitaria di lasciare il Trentino. Ciò ha contribuito sicuramente a creare una situazione di ulteriore incertezza, dalla quale non siamo ancora usciti. Come non siamo ancora usciti dall'epidemia che, giorno dopo giorno, paventa colpi di coda preoccupanti.

Proprio a fronte di quanto avvenuto in queste circostanze e delle risposte fornite, pur tenendo conto come attenuante della novità e della pesantezza della pandemia, riteniamo sarebbe utile ed urgente una riflessione sullo stato e sulla gestione della salute in Provincia di Trento. L'Autonomia, la conclamata autonomia, dovrebbe essere un motivo in più per analisi coraggiose e per lo studio di una riorganizzazione complessiva del settore.

A parte questa vicenda penso di poter dire che in questi tre anni l'Ordine ha svolto un'attività impegnativa nella costante attenzione di difendere e valorizzare la professione. Lo abbiamo fatto con



Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine

interventi, sollecitazioni, con incontri e dibattiti a difesa della autonomia e indipendenza della Professione, per far crescere la consapevolezza dell'importanza del ruolo del medico e dell'odontoiatra, per mettere al centro del nostro lavoro la persona, per sensibilizzare la parte politica sulle difficoltà che, in generale, sta attraversando ad ogni latitudine il settore sanitario. Abbiamo sostenuto l'urgenza di rimodulare l'organizzazione socio-sanitaria alle nuove esigenze di una società in continuo cambiamento, sostenuto con convinzione l'importanza della formazione e la scuola di formazione specifica in Medicina Generale in primis, messo in guardia sulle difficoltà che ci aspettano, dalla carenza dei medici al calo delle risorse ed alla ricadute negative che ciò comporterà per la comunità. Lo abbiamo fatto riaffermando ad ogni occasione l'impegno e la disponibilità della categoria che – come si è visto – non è mai mancata nei momenti difficili o di straordinaria gravità. Ora ci aspetta un'altra stagione impegnativa, ma certamente ricca di speranze.

Ringrazio per l'impegno il Consiglio dell'Ordine, i coordinatori e i componenti delle commissioni ordinistiche, il Direttore e l'ufficio di Direzione della Scuola di FSMG e il personale amministrativo.

Anche a nome loro ringrazio tutti i colleghi per la partecipazione e la vicinanza dimostrata in molteplici occasioni nel corso di questi ultimi tre anni.

Colgo l'occasione per invitare, sollecitare tanti colleghi a mettersi a disposizione ed impegnarsi in prima persona anche nell'Ordine. Ci vediamo a novembre.

SOMMARIO

EDITORIALE

La salute in Trentino, serve una riflessione

3

IN PRIMO PIANO

In novembre il rinnovo delle cariche dell'Ordine

5

La pediatria di famiglia al tempo del Covid-19

6

Odontoiatri e Covid: cosa è successo, cosa è cambiato

8

Epidemia e immigrati: l'importanza dell'integrazione

10

Covid-19: morte solitaria e relazione di cura

12

SPECIALE

Di virus ed epidemie ai tempi del Covid-19

16

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

Triennio 2018-2020

Ioppi Marco *Presidente*
Costantini Monica *Vicepresidente*
Ziglio Andrea *Segretario*
Filippi Lorena *Tesoriera*

CONSIGLIERI:

Bortolotti Paolo, Caliarì Michele, de Pretis Giovanni, Del Greco Maurizio, Della Sala Sabino, di Geronimo Maria Claudia, Falzone Rosalba, Parisi Giuseppe, Polizzi Leonardo, Bonora Stefano (*odontoiatra*), Albertini Laura (*odontoiatra*)

REVISORI DEI CONTI:

Del Dot Luca (*presidente*), Ventura Luisa, Zuech Sandro
Supplente: Longo Luigi

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI:

Bonora Stefano (*presidente*), Albertini Laura, Barbacovi Renzo, Casagrande Massimo, Furlini Nicola

LE COMMISSIONI DELL'ORDINE:

Commissione Ambiente:

coordinatore Paolo Bortolotti

Commissione Bioetica:

coordinatore Stefano Visintainer

Commissione Formazione e Aggiornamento:

coordinatore Giuseppe Parisi

Commissione Giovani:

coordinatore Andrea Ziglio

Commissione Ricerca e Sviluppo:

coordinatore Giovanni de Pretis

Commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione:

coordinatrice Bruna Zeni

Commissione delle medicine alternative:

coordinatrice Maria Claudia di Geronimo

Commissione Ricerca Storica:

coordinatore Gianni Gentilini

Sportello permanente di ascolto:

Giuseppe Parisi, Sabino Della Sala e Maria Claudia di Geronimo

Osservatorio per la professione al femminile:

coordinatrice Monica Costantini

Commissione per la medicina di genere:

coordinatore Maurizio Del Greco

Commissione riorganizzazione delle cure primarie:

coordinatrice Monica Costantini

Responsabile revisione sito web:

Leonardo Polizzi

BOLLETTINO MEDICO TRENINO NUMERO 03 SETTEMBRE 2020

COMITATO DI REDAZIONE:

Consiglio dell'Ordine

Direttore Responsabile: Marco Ioppi

Segretario di redazione: Michele Caliarì

Editore: Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento

CONTATTI:

Tel. 0461 825094 - Fax 0461 829360

info@ordinemedicntn.org

Ordine: segreteria.tn@pec.omceo.it

Odontoiatri: presidenzaocao.tn@pec.omceo.it

GRAFICA, PUBBLICITÀ:

OGP srl - Agenzia di pubblicità

Via dell'Ora del Garda, 61 - Tel. 0461 1823300

info.ogp@ogp.it - www.ogp.it

STAMPA:

Nuove Arti Grafiche - Trento

In novembre il rinnovo delle cariche dell'Ordine

Gentili Colleghe, cari Colleghi,

il prossimo mese di novembre sono in programma le **elezioni per il rinnovo delle cariche istituzionali dell'Ordine**: si eleggeranno i nuovi componenti del Consiglio Direttivo, della Commissione Albo Odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti che **resteranno in carica per il quadriennio 2021-2024**.

Rispetto al passato sono state introdotte dal decreto Lorenzin (D.M. 15 marzo 2018) alcuni importanti cambiamenti, con nuove modalità sia per chi intende proporre la propria candidatura, sia per chi vota.

Si rimanda quindi alla circolare della FNOMCeO N. 149 e alla pagina specifica relativa alle elezioni che trovate sul sito dell'Ordine.

Riceverete ufficiale comunicazione di convocazione con i dettagli e gli orari di apertura dei seggi entro i termini di legge, ma vi anticipo che le elezioni saranno indette a Trento presso la nostra sede, nel rispetto delle misure di contenimento del contagio da COVID-19, nelle seguenti giornate:

- **I convocazione** sabato 7 e domenica 8 novembre 2020 - all'apertura del seggio si provvederà alla nomina dei componenti del seggio e dei loro sostituti. La votazione sarà valida se voteranno almeno i due quinti degli iscritti;
- **II convocazione** sabato 14 e domenica 15 novembre 2020 - la votazione sarà valida se voteranno almeno i un quinto degli iscritti;
- **III convocazione** venerdì 20 novembre, sabato 21 novembre e domenica 22 novembre 2020 - la votazione sarà valida qualunque sia il numero dei votanti.

Confido nella massima partecipazione a questo importante momento istituzionale e vi ringrazio per l'attenzione. Cordiali saluti.



Marco Ioppi
Presidente dell'Ordine



Stefano Bonora
presidente CAO

- ULTIMA ORA -

L'ORDINE SOSTIENE LA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE

L'Ordine dei Medici della provincia di Trento sostiene con convinzione la campagna di vaccinazione antinfluenzale promossa dall'Azienda Sanitaria, che ha visto l'avvio il 30 settembre u.s. Quest'anno la vaccinazione antinfluenzale, come noto, acquista particolare significato per la concomitante infezione da SARS-Cov - 2. **Purtroppo è stato dimostrato che la scarsa propensione a vaccinarsi dei medici e operatori sanitari rappresenta un anello debole ampiamente documentato nella catena di trasmissione delle malattie infettive. E dire che gli operatori sanitari sono a maggior rischio di contrarre il virus per il quotidiano contatto con i pazienti, con il rischio, se non vaccinati, di trasmettere l'influenza a loro volta ai propri familiari, ad altri operatori sanitari e soprattutto ai pazienti, dei quali alcuni, in particolare i più fragili, possono andare incontro a forme gravi, se non addirittura letali. I medici secondo i dati presentati alla Conferenza nazionale Medice cura te ipsum - del tutto comparabili alle statistiche disponibili a livello europeo - tendono a snobbare la vaccinazione. I dati sono impietosi. Solo il 31,4% degli operatori sanitari dichiara di essersi sottoposto, nell'ultima stagione, alla vaccinazione antinfluenzale.** Sebbene nella nostra Provincia la percentuale sia migliore resta ancora inferiore alle attese per cui il direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e il Collegio dei revisori dei conti hanno deciso di dare per primi esempio di responsabilità e coerenza e con i loro famigliari e il personale di segreteria nei giorni scorsi in blocco si sono sottoposti alla vaccinazione antinfluenzale. L'intento è sensibilizzare tutti i medici a fare la loro parte aderendo loro stessi per primi alla campagna di vaccinazione testimonianza che **la vaccinazione è un atto importante, un atto di responsabilità a protezione dei cittadini che abbiamo in cura oltre che di noi stessi operatori.**

La pediatria di famiglia al tempo del Covid-19

L

a pandemia è stato uno tsunami che ha rivoluzionato la nostra vita professionale e non solo.

Anche noi pediatri di famiglia ci siamo dovuti riadattare strada facendo, ci siamo trovati a percorrere un viaggio di cui non conoscevamo e tutt'ora non conosciamo la meta, senza conoscenze scientifiche, protocolli, strumenti diagnostici, terapie ma con procedure

da ripensare e generare in poco tempo. Trovandoci nell'impossibilità di tranquillizzare le famiglie che conosciamo da tempo con la consueta stretta di mano o un semplice sorriso...ci siamo sentiti "incompleti" professionalmente.

Abbiamo dovuto mettere in campo cambiamenti comportamentali per rendere sicuri i nostri studi, ed in questo ci è stata di grande aiuto FIMP, Federazione Nazionale Medici Pediatri, che ha saputo supportare i pediatri di famiglia nella difficile situazione creatasi, accompagnandoli nella loro attività professionale con materiali tempestivi e costanti dedicati alle famiglie e con indicazioni sulla riorganizzazione dell'attività ambulatoriale. Sì, perché per ridurre la possibilità di contagio, i pediatri di famiglia hanno raccomandato e raccomandano tutt'ora ai genitori di non presentarsi mai in ambulatorio senza appuntamento, perché gli orari di ambulatorio sono riorganizzati in modo che il pediatra possa separare sani e ammalati. E' stato chiesto alle famiglie di seguire le indicazioni fornite nel corso del triage telefonico e di rispettare, una volta giunti in ambulatorio, alcune regole per evitare il contagio (entrare in sala d'attesa solo quando esce il paziente precedente, tenere in braccio il bambino se piccolo, controllare che il bambino tocchi meno possibile le attrezzature dello studio e, in attesa della visita, far usare al piccolo un gioco o un libro portati da casa). Ecco che abbiamo visto diventare "deserte" e sterili le sale d'attesa dei nostri studi, senza chiacchiericcio tra mamme o risate di bambini, a cui tanto eravamo abituati, e senza giochi o libri (ahimè, fonte di possibile contagio) per intrattenere i piccoli.

Elemento di importante criticità è stata la carenza di DPI, che ha esposto il pediatra a notevoli rischi.

Non abbiamo comunque mai interrotto le prestazioni sanitarie: la difficoltà è stata nel doverle gestire telefonicamente e abbiamo messo in campo la sperimentazione di un modo diverso di lavorare attraverso la telemedicina: la possibilità di curare a distanza tenendo però conto delle criticità e dei limiti. Grazie al rapporto di fiducia costruito negli anni e alla conoscenza dei nostri bambini, abbiamo potuto così ampliare la possibilità di comunicazione tramite apposite applicazioni per smartphone, valutando a distanza i nostri assistiti e fornendo loro e alle loro famiglie il supporto necessario.



Lorena Filippi
tesoriera



Noi pediatri di famiglia ci siamo inventati accorgimenti che in questo periodo possano tenere su di morale non solo i bambini ma anche i genitori e noi stessi pediatri: i DPI indossati con fatica per proteggersi e proteggere da un mostro invisibile, possono, se colorati e divertenti, farti apparire un personaggio di fantasia e strappare anche un sorriso. Una situazione drammatica può trasformarsi così in una risorsa, in un'opportunità per insegnare che le difficoltà ci sono, ma si possono anche superare.

Questa esperienza ci ha fatto sì vivere sentimenti quali ansia, paura, preoccupazione: perché prima che operatori sanitari siamo tutti mamme, papà, figli, fratelli, sorelle. Ma abbiamo tratto, da questo momento difficile, insegnamenti importanti e gratificazioni, quali il rafforzare il senso di appartenenza alla nostra categoria, la collaborazione per un intento condiviso che è quello di dare il meglio anche nelle situazioni più impegnative in cui ognuno di noi affronta anche le proprie fragilità. Credo che nessuno di noi dopo questa esperienza sarà più come prima, e dovremmo rivedere il nostro concetto di benessere e di sanità. Fin dai tempi di Ippocrate la medicina è stata e rimarrà la scienza più umana che esiste e quindi dobbiamo far sì che i principi di solidarietà, rispetto della vita e della persona umana, comprensione e unione che abbiamo scoperto in questi mesi continuino a pervadere la nostra attività professionale e soprattutto la nostra vita di comunità.




MEZZACORONA
1904

Visita la nostra cantina

Visite da lun. a sab. 8.30 - 12.30 | 14.00 - 18.00

Per informazioni e prenotazioni:

Tel. +39 0461 616300/1 | visite@mezzacorona.it



www.mezzacorona.it



Odontoiatri e Covid: cosa è successo cosa è cambiato

Una preziosa testimonianza

I 10 marzo 2020 inizia il cambiamento della nostra vita e del nostro lavoro.

Gli studi rimangono aperti per garantire le urgenze, quelle definite inderogabili ed irrimandabili, ma tutta l'attività ordinaria si deve fermare.

L'Italia viene dichiarata zona rossa e i pensieri vanno ai colleghi medici, ai malati, a coloro che hanno perso la vita, e tutto sembra non avere più un senso. In quei giorni così tragici, una grande preoccupazione ha unito tutti i colleghi, le criticità da affrontare erano molte: garantire uno stipendio ai dipendenti, continuare ad offrire assistenza ai nostri pazienti, avere liquidità per le spese che si dovevano affrontare e non ultimo come e quando poter tornare a lavorare in sicurezza. Le ore passavano convulse tra miriadi di telefonate, mail con consulenti del lavoro per capire come accedere agli ammortizzatori sociali per il nostro personale. Per la prima volta gli studi professionali avevano accesso a tali strumenti e molta era la confusione,

tra spauracchi di click day e il timore di rimanere esclusi dagli aiuti. La ricerca spasmodica di DPI, mascherine, visiere a camici ci ha portato ad acquistare a prezzi folli da rivenditori sconosciuti, talvolta incappando in vere e proprie truffe.

I primi studi sul Covid 19, affermavano che il lavoro dell'odontoiatra è quello che comporta i maggiori rischi, per la vicinanza con il paziente e per la produzione di aerosol.

Tutti cercavano soluzioni per proteggersi, maschere subacquee, caschi ventilati, tute intere, era necessario chiarire come poter ritornare a lavorare garantendo la sicurezza del paziente, del nostro personale e di noi stessi.

A maggio il Ministero della Salute pubblica le linee guida per l'odontoiatria durante l'emergenza Covid, la Cao Trento dà indicazioni chiare agli iscritti all'albo, per la ripresa dell'attività ordinaria. Lentamente con non poche difficoltà i nostri studi hanno ricominciato ad animarsi, e man mano i timori si sono placati.

A quattro mesi dalla ripartenza poco è mutato nei protocolli di lavoro, ciò che è cambiato è la consapevolezza che attenendosi alle indicazioni si può lavorare in sicurezza e che alcuni dispositivi di protezione dovranno essere utilizzati ancora a lungo.

La pandemia ci ha però lasciato un lavoro molto cambiato, i tempi di riordino molto lunghi, costi moltiplicati per i DPI, condizioni di lavoro più stancanti, e l'impossibilità di curare tutti i nostri pazienti. Einstein diceva "la misura dell'intelligenza è data dalla capacità di cambiare quando è necessario", alla nostra professione il Covid ha richiesto una grande dose d'intelligenza, e non di meno di resilienza.

Il nostro lavoro al tempo del Covid si può riassumere nella definizione stessa di resilienza "la capacità di far fronte in maniera positiva ad eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità.



Laura Albertini
*Commissione Albo
odontoiatri*

Cassa Rurale di Rovereto: Consulenza private per la gestione del risparmio.



Da più di 120 anni siamo la Banca di prossimità riferimento della nostra città e la nostra vocazione è la relazione di **fiducia** con la nostra clientela.

Anche in momenti storici severi per il panorama economico finanziario, in cui la precedente crisi ha lasciato indubbi segni nell'economia, la nostra forte conoscenza del **Cliente** ci ha permesso di consolidare ed aumentare il risparmio della clientela. Questo dato è per noi un importante indice di fiducia riguardo al nostro operato, attento alle necessità delle persone e vicino alle famiglie della nostra Comunità.

Oggi più che mai la nostra Banca punta su un'attenta attività di **consulenza** grazie ad una squadra di professionisti che negli anni hanno saputo maturare le necessarie professionalità e competenze.

Questa attività di consulenza viene svolta con la massima **trasparenza**, creando assieme al cliente il suo portafoglio ideale e diversificando in maniera bilanciata le varie forme di investimento possibili, in modo da poter cogliere le principali opportunità dei mercati finanziari.

Il Risparmio Gestito, i fondi NEF con le nuove linee etiche, il ramo vita finanziario e la protezione sono i comparti che stanno dando i maggiori risultati ed esprimono una elevata soddisfazione da parte del **Cliente**.

La nostra attività di **consulenza Private**, dedicata ai Clienti di alto profilo, ora si rinvigorisce e mette in campo tutta la nostra esperienza, professionalità ed i valori che fanno parte della nostra *mission*.

Centralità del cliente e rapporto esclusivo contraddistinguono l'attività di consulenza Private, che offre la forma più evoluta di investimento programmato e di consulenza incentrata sul cliente a tutto tondo.

Con questa forte attenzione al Cliente oggi vogliamo creare valore nel tempo ai risparmi delle persone.

Invitiamo tutti a richiedere un appuntamento con i nostri consulenti e scoprire insieme a noi le numerose opportunità possibili.

A Rovereto, di fronte all'Ospedale S.Maria del Carmine, siamo presenti con nuovi spazi per la consulenza ed un'**Area Self** aperta dalle 05.30 alle 23.00 che permette di svolgere numerose operazioni in autonomia e sicurezza.

Visita il nostro sito web:
www.ruralerovereto.it



Epidemia e immigrati

■ l'importanza dell'integrazione

D

urante la pandemia Covid-19, che ora sembra essersi transitoriamente sopita, abbiamo compreso chiaramente che la salute di ciascuno di noi è strettamente connessa alla salute di ogni altra persona che abita la nostra Città (e lo stesso vale a livello interregionale ed internazionale) e che le disuguaglianze sociali fra i cittadini sono determinanti per avere opportunità di buona salute. Le persone con le condizioni socio-economiche ed abitative peggiori, le persone senza dimora o con problemi di emarginazione sociale, hanno maggiormente sofferto le conseguenze dell'epidemia. La possibilità di rispettare l'isolamento ed il distanziamento sociale non è eguale per tutti, per esempio è impossibile per le persone che non hanno un'abitazione, come nel caso di chi è senza dimora, "restare a casa". Per tutti è aumentata la difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari di base, ma le persone immigrate, scoraggiate dal problema della barriera linguistica o dal timore di contravvenire dei divieti, hanno avuto maggiori difficoltà e spesso hanno rinunciato a chiedere le cure necessarie. Le strutture di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale o delle persone in stato di vulnerabilità, si sono dotate rapidamente, per affrontare l'emergenza sanitaria, di una diversa organizzazione degli spazi, della vita sociale e dei dispositivi di protezione individuale. Per dare "una casa" alle persone senza dimora è stata necessaria, importante e provvidenziale l'apertura per 24 ore dei dormitori presenti nelle città di Trento e di Rovereto.

Come operatori sanitari del Gr.i.s (Gruppo Immigrazione e salute – membro della Società Italiana Medicina delle Migrazioni) in questi mesi di pandemia ci siamo messi a disposizione dei centri che accolgono persone senza dimora, abbiamo fatto visite mediche ai malati, incontri informativi ed educativi con gli operatori e con gli ospiti,

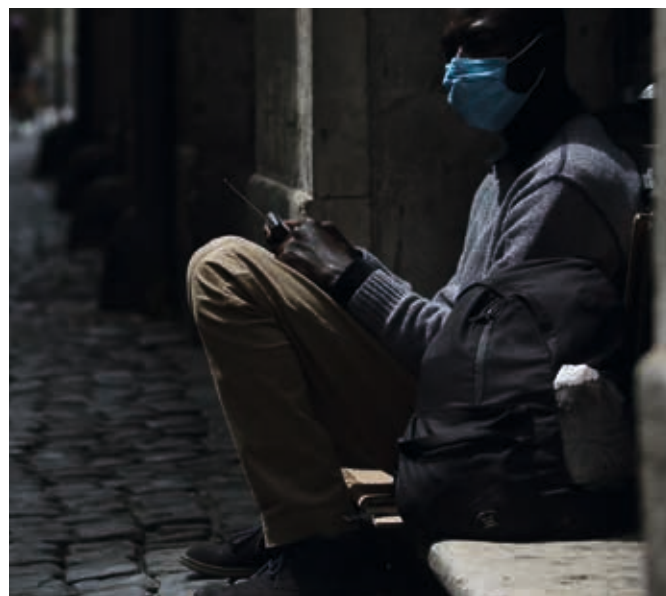
ed abbiamo fornito alcuni materiali necessari (maschere, termometri, guanti) per la prevenzione dell'infezione da Coronavirus. Questa esperienza ci permette di affermare che, a parte sporadici casi di contagio, l'epidemia è stata ben controllata nei centri di accoglienza, grazie anzitutto ad un enorme impegno degli enti, degli operatori e volontari che vi operano, che spesso si sono trovati ad estendere oltre misura il loro impegno orario. Gli ospiti, sia di nazionalità italiana che straniera, hanno capito ed accettato la situazione e le limitazioni che essa imponeva, dimostrando molta responsabilità e collaborazione. Crediamo che l'accoglienza prolungata alle ore diurne delle persone



Gianpaolo Rama



Bruna Zeni
Coordinatrice commissione Salute globale, sviluppo e cooperazione



senza dimora, creando un ambiente di convivenza più familiare, abbia giovato alla loro salute e dignità personale ed abbia favorito anche per questo il contenimento dell'epidemia. L'attenzione prestata loro dagli operatori dei centri per più ore durante la giornata, ha consentito inoltre di affrontare ed indirizzare ai servizi problemi di salute e problemi sociali che non sarebbero emersi se non in situazioni di aggravamento ed urgenza, compromettendo la salute individuale e mettendo a rischio quella collettiva.

Pensiamo perciò come sia evidente che l'organizzazione dei servizi per richiedenti asilo e per persone senza dimora, debba essere pensata organizzata e finanziata dall'ente pubblico in collaborazione con gli enti e associazioni che vi lavorano, non per rispondere ad emergenze sanitarie o stagionali, ma come risposta strutturale disponibile tutti i mesi dell'anno, perché povertà e fragilità, con i relativi problemi di salute, non vanno certo in vacanza. Le Istituzioni e l'Amministrazione pubblica hanno il dovere di tutelare la salute di tutta la comunità a partire dall'attenzione ai soggetti più fragili. La presenza di persone immigrate e dei richiedenti protezione internazionale può aggiungere valore alla nostra comunità nella misura in cui sono offerte loro le opportunità di essere pienamente accolte e inserite nella vita sociale e lavorativa. Ne abbiamo tanti esempi virtuosi. Perché ciò possa avvenire il processo della loro integrazione deve essere politicamente programmato e favorito, a partire dall'offerta di occasioni per l'apprendimento della lingua italiana e per la conoscenza delle normative, dall'accesso ai corsi professionalizzanti, alla possibilità di una

abitazione che eviti la segregazione. Dal lavoro clinico nell'ambulatorio per immigrati dell'Azienda Sanitaria - nel quale il Gr.i.s. collabora - abbiamo rilevato inoltre che la salute mentale, quella riproduttiva e le cure odontoiatriche sono le più compromesse e vanno particolarmente curate con servizi di qualità, facilmente accessibili ad ogni persona. Come ci insegna l'OMS, lo stato di salute di un individuo non è dato dalla mera assenza di malattia ma da un più complesso intrecciarsi di condizioni fisiche, psicologiche e sociali. I servizi pubblici per la salute devono essere aperti ad ogni individuo che ne abbia bisogno, indipendentemente da altri requisiti, perché non è solo un mandato dei nostri codici deontologici professionali, ma è un dettato dell'art 32 della nostra Costituzione e interesse di tutta la comunità.

Noi operatori sanitari del GrIS sentiamo il dovere di parlare dell'importanza dell'integrazione delle persone immigrate nella comunità perché parlare di questi aspetti significa parlare direttamente di salute. Ai Sindaci ed amministratori, responsabili della condizione di salute della popolazione del Comune, chiediamo un impegno a rimuovere nelle nostre città le cause sociali e culturali che possono ostacolare il diritto alla salute, che è un diritto umano universale, di tutte le persone. Per la nostra esperienza è fondamentale, per la tutela della salute come "Bene Comune", che si investano molte risorse e molta attenzione nel sostegno ad un sistema pubblico dei servizi, a partire dal dare risposte adeguate ai bisogni e alle necessità sociali delle persone più fragili.

Gruppo Immigrazione e salute Trentino membro della Società Italiana Medicina delle Migrazioni

COMPILA ANCHE TU IL QUESTIONARIO DELL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

Professione, ruolo dell'Ordine, organizzazione del sistema sanitario provinciale, esigenze formative

**LA TUA OPINIONE È IMPORTANTE!
Il Consiglio dell'Ordine ti invita caldamente a compilare il questionario e a partecipare a questa importante iniziativa**



Vai al questionario

COVID-19: morte solitaria e relazione di cura

"Per il medico la salute non è solo fisica ma è un concetto globale. Impedire a chi muore un contatto con i propri cari NON può avere alcuna giustificazione. L' uomo è un essere sociale e la sua vita si regge sull' affettività per cui impedire un contatto fisico a fine vita non è una salvaguardia della salute, ma una tortura. Nella fase iniziale dell' epidemia, siamo stati costretti dagli eventi a scegliere di essere crudeli e disumani per impedire la diffusione del contagio. Come medici ma anche come uomini abbiamo il dovere morale di provvedere affinché ciò non accada più.

È il senso della richiesta che il Consiglio dell'Ordine ha fatto alla Commissione di Bioetica che ringraziamo del documento che su questo tema ha predisposto e che di seguito pubblichiamo. "

Queste considerazioni costituiscono un parere di **etica medica** e non intendono esprimere un giudizio in merito alle procedure emergenziali attuate durante il corrente periodo di pandemia Covid-19.

La pandemia Covid-19 ha sconvolto il Sistema Sanitario Nazionale italiano, facendo emergere definitivamente criticità importanti, molte di queste già oggetto di attenzione e riflessione nel mondo della bioetica.

La velocità e la drammaticità dell'impennarsi del contagio da Sars-Cov2 dal febbraio 2020, la conseguente diffusione della malattia Covid-19 e l'altissimo numero di decessi correlato ha costretto tutte le istituzioni italiane e il SSN in prima linea a dare la precedenza assoluta alla messa in atto di ogni strumento di contenimento possibile per prevenire e arginare la diffusione del contagio stesso. Questa condizione ha riguardato tutti e ha coinvolto in percentuali altissime gli stessi operatori sanitari.

Nel primo periodo della pandemia la rete territoriale di medicina e le strutture ospedaliere, i reparti di Terapia Intensiva in particolare, hanno vissuto una forte crisi, sia per evidenti fattori di incremento esponenziale della richiesta di terapia e conseguente incremento del sostegno materiale necessario, sia per il carente approvvigionamento di dispositivi di sicurezza, che ha comportato una difficile gestione dell'epidemia.

Non è scopo di queste righe entrare nel dettaglio delle criticità che altri sono deputati a valutare.

Ricordiamo, invece, con emozione, i filmati dei pazienti ammassati nelle corsie, gli operatori medici e sanitari sconvolti dai turni massacranti, le lunghe colonne di camion che trasportavano le salme dei deceduti.

Tutte le strutture sanitarie sono state sottoposte a rigidissime regole d'isolamento, che hanno permesso il contenimento della pandemia e che hanno sicuramente concorso alla successiva riduzione della diffusione del contagio. Non solo i pazienti ricoverati in Terapia intensiva, ma anche i degenti in tutti gli altri reparti sono stati posti in isolamento rispetto ad ogni contatto con persone diverse dagli operatori sanitari e di assistenza diretta.

Lo stesso protocollo rigidissimo è stato attuato presso altre strutture sanitarie o assistenziali, quali ad esempio le RSA, ove la popolazione residente è costituita per la maggior parte da anziani, persone con autonomia ridotta e persone con salute più fragile. Come ben presto si è capito, gli anziani e i malati sono i più inermi rispetto alla malattia e suscettibili con maggior probabilità di decorso infausto della malattia. Molti, forse troppi sono stati i decessi in queste strutture.



Stefano Visintainer
Coordinatore commissione Bioetica



Conseguenza inevitabile dell'applicazione delle necessarie regole sanitarie d'isolamento, attivate con una rigidità e un'urgenza senza precedenti, è l'impossibilità di qualunque declinazione personale e specifica: le misure d'isolamento sono state messe in atto senza alcuna possibilità di interpretazione o deroga personale o specifica ed hanno coinvolto pazienti degenti nelle più svariate condizioni cliniche. Le persone che sono state travolte dalla malattia hanno trascorso momenti, spesso gli ultimi della propria vita, nella peggiore delle condizioni possibili: soli. Su quest'ultimo aspetto occorre fare una riflessione.

L'impedimento a qualsiasi contatto ha di fatto privato i malati della vicinanza, e in alcuni casi della relazione tout court con le persone care, aggravando massimamente il loro stato: i pazienti, già debilitati fisicamente, si sono trovati forzatamente privati del supporto relazionale, psicologico ed emotivo dei loro affetti. La rete di relazioni che sostiene la vita è venuta meno nel suo imprescindibile carattere quotidiano; nelle situazioni critiche, è stata recisa completamente.

Un tale isolamento ha comportato per le persone coinvolte svariate conseguenze negative, certo dipendenti primariamente dalle caratteristiche personali dei singoli pazienti, dalle singole patologie in atto e dalla loro capacità di autogestione. Tuttavia, il tratto comune è il peggioramento dello stato di salute delle persone coinvolte dall'isolamento.

La sensibilità di molti operatori, che si sono fatti intermediari, ha consentito anche nella fase più acuta dell'emergenza di tentare con estrema dedizione e con varie metodologie (dal contatto telefonico regolare all'uso di supporti tecnologici, quando possibile) il mantenersi di una qualche forma di contatto tra le persone coinvolte ed i loro cari. Superato il primo momento di impatto con la malattia, lo sforzo di garantire una relazione stabile con i propri cari è diventato comune e molte strutture si sono dotate di tablet o dispositivi analoghi per permettere ai pazienti di collegarsi via webcam. La vicinanza fisica con i propri affetti, però, non è mai stata possibile.

Per le persone anziane degenti in strutture il non poter vedere i propri cari ha comportato spesso un aggravarsi delle loro condizioni sia psichiche sia fisiche, lasciando anche i parenti nella più profonda angoscia e preoccupazione rispetto alle condizioni di vita dei loro congiunti degenti. Di fatto, se ad un primo sguardo l'isolamento sembra relativo ai soli pazienti in strutture sanitarie, è parimenti isolato dal proprio caro il parente che non può in alcun modo raggiungere il paziente e avere con lui contatti stabili.

Un pensiero sopra gli altri va alle persone che durante l'isolamento sono decedute: il loro percorso di fine vita si è svolto nella più completa lontananza e distacco da ogni persona fondamentale, con il supporto relazionale imprescindibile ma limitato che potevano fornire loro gli operatori, rendendo la loro esperienza ancora più drammatica. La solitudine e l'isolamento sono senza dubbio il modo più terribile di allontanarsi dalla vita. Molto abbiamo discusso in questi anni dell'accompagnamento nelle ultime fasi della vita sia in ambito sociale sia in ambito



sanitario. Abbiamo sottolineato come il morire possa trovare un qualche alleviamento proprio nel sostegno e nella vicinanza di persone importanti. Gli operatori sanitari possono avere un ruolo centrale nel modulare la sofferenza verso e degli ultimi istanti, ma durante il Covid-19, pur restando il riferimento dei pazienti, nemmeno medici e infermieri hanno potuto garantire la loro vicinanza fisica a causa dei DPI e delle misure di sicurezza attuate a tutela della popolazione tutta.

La relazione ed in particolare la relazione di cura è stata finalmente posta al centro delle riflessioni di bioetica più recenti e la condivisione della sua importanza determinante è unanime; tutto questo è stato travolto dall'urgenza e dalle misure messe in atto, costringendo a metterlo tra parentesi. La concitazione del periodo e le misure di sicurezza, che abbiamo tutti condiviso come necessarie, hanno avuto come conseguenza l'accantonamento di questo aspetto centrale e fondamentale nella vita di ognuno di noi.

Seppur per ragioni evidenti, la salute fisica è stata considerata l'unico parametro da tutelare, non tenendo conto della definizione di salute più estesa dell'OMS quale condizione di benessere fisico, psicologico, morale e sociale, che rappresenta un atteggiamento di rispetto inclusivo dell'equilibrio e del piano di vita della persona e della comunità. Ora è necessario prenderne atto pienamente per evitare che un riacutizzarsi del

contagio riproponga le stesse misure con le stesse modalità, prevenendo così uno squilibrio tra salute del corpo e salute della persona. Nell'accezione dell'OMS, Salute significa infatti ricerca di "benessere", non soltanto "assenza di malattia": ciò comporta che per il conseguimento della salute non è più possibile restringere l'attenzione ai soli parametri biologici (medici o clinici), bensì occorrono modelli che comprendono anche parametri sociali e ambientali. Tra questi, i legami sociali risultano di fondamentale importanza per la salute.

Augurandoci che le nostre riflessioni su un futuro analogo a ciò che abbiamo già vissuto questa primavera non trovino conferma in una seconda ondata, dobbiamo comunque prepararci a quest'evenienza. Il nostro suggerimento è di delineare modalità che, tenendo conto di ogni requisito prudenziale, permettano però, con idonei accorgimenti, di tenere in considerazione la dimensione e le dinamiche relazionali e il loro valore. Tali modalità andranno declinate in riferimento ad ogni caso personale, considerando le tipologie di situazioni di pazienti e degenti e ricoverati, in modo da consentire il mantenimento della rete relazionale. Soprattutto per coloro che sono più fragili e che sono nelle ultime fasi della loro vita, è assolutamente necessario comprendere a fondo il valore fondamentale e non negoziabile della relazione con le persone care e salvaguardarlo.

Cominciare sin d'ora a ragionare su quali possano essere queste modalità ci permetterà di evitare o almeno di contenere il ripetersi di situazioni terribili ed angoscianti, dando pieno svolgimento al compito dei curanti, che fondano sulla relazione di cura la pienezza della loro opera.



Responsabilità Sanitaria e novità legislative

Convenzione con Eurorisk srl

La legge n. 24 del 08.03.2017 conosciuta come "legge Gelli" ha **modificato sostanzialmente** il regime delle responsabilità delle Strutture sanitarie pubbliche e private e del personale sanitario - medico e non medico - sia dipendente che libero professionista.

L'entrata in vigore della legge ha comportato la **necessità**, per i medici, di conoscere il nuovo assetto dei rischi inerenti l'attività professionale e le modalità per poterli trasferire agli assicuratori.

Eurorisk srl, primaria società di brokeraggio assicurativo nella **gestione dei rischi** nel settore della sanità, in accordo con l'Ordine dei Medici di Trento mette a disposizione degli Associati l'attività di **consulenza, formazione e intermediazione** assicurativa.

Spesso i contratti di assicurazione **sono un rebus** ed in questo momento, in particolare, i medici sentono la necessità di chiarezza e di conseguente tranquillità nelle scelte assicurative. Noi ci **impegniamo costantemente** nella ricerca di soluzioni semplici e funzionali anche per i problemi più complessi.

Il successo dei nostri progetti assicurativi è legato soprattutto al nostro network di professionisti capaci di **interpretare** i bisogni del mercato, fornire il supporto decisionale e soluzioni personalizzate ai nostri clienti.

Eurorisk affianca i medici affinché le scelte, nella gestione di rischi e nel trasferimento all'Assicuratore, siano compiute con la più completa **conoscenza** e **consapevolezza**. La collaborazione prevede che Eurorisk si occupi anche delle seguenti attività:

1. **Analisi della posizione assicurativa** del Medico iscritto all'Ordine (rischi possibili, coperture in essere e valutazione dell'adeguatezza qualitativa ed economica delle stesse);
2. **Consulenza** al Medico per definire un **progetto assicurativo** personalizzato che tuteli la Sua attività professionale;
3. Offerta di un'**adeguata copertura assicurativa** integrativa o sostitutiva

Per quanto sopra specificato Eurorisk applicherà la tariffa di **€ 50,00 + iva a Medico**, per progetti relativi a coperture assicurative **rientranti** in un costo massimo di € 5.000,00.

Indichiamo di seguito una proposta per i Medici dipendenti di Strutture Sanitarie Pubbliche (es. Apss di Trento) che vogliono coprire il rischio della c.d. "**colpa grave**", intesa come **tutela dall'azione di rivalsa** fatta dall'Azienda Sanitaria qualora il Medico sia dichiarato responsabile, per colpa grave, con sentenza della Corte dei Conti.

| | Massimale | Retroattività | Premio annuo lordo |
|---|------------------|----------------|--------------------|
| Dirigente Medico | 1.000.000 | 10 anni | € 436,22 |
| Medici convenzionati | 1.000.000 | 10 anni | € 343,40 |
| Medici specialisti in formazione | 1.000.000 | 10 anni | € 297,01 |

Contattando Eurorisk, per una **quotazione personalizzata**, vi consiglieremo il massimale, la retroattività o la garanzia postuma a seconda delle vostre specifiche esigenze.

Per la **formazione** assicurativa, elemento fondamentale nel rendere i Medici consapevoli delle proprie coperture e di quelle della Struttura Sanitaria per la quale operano, verranno programmati, in coordinamento con l'Ordine dei Medici, alcuni incontri specifici di cui sarete informati.



Per info rivolgersi a:
Eurorisk Srl - Trento
Tel. 0461 433000 - Mail: broker@eurorisk.it

Di virus ed epidemie ai tempi del Covid-19

*Su questo numero del Bollettino ospitiamo un articolato studio del dott. Giuseppe Vergara dal titolo "Virus ed epidemie ai tempi del Covid 19". È una ricerca che mette assieme gli aspetti storici e quelli scientifici delle grandi epidemie che hanno colpito il mondo ed hanno preceduto l'epidemia Covid 19 che tanti problemi ha sollevato in Italia e in Trentino, con morti a decine, ricoveri ed affollamenti incredibili degli ospedali, che hanno obbligato medici ed infermieri a ritmi massacranti. Con uno stile brillante, che definirei giornalistico, il dott. Vergara in modo piacevole e coinvolgente ci porta alla scoperta dei drammi che hanno accompagnato in Europa, ma non solo, le grandi epidemie dei secoli scorsi. I testi sono accompagnati da una ricca raccolta di documenti, immagini e ritratti di valore. Insomma un grande lavoro di studio e di scienza che il Bollettino pubblica complimentandosi con il dott. Vergara per questa qualificata ricerca. Un lavoro che merita di essere letto e divulgato.
Buona lettura*

Dottor Giuseppe Vergara

Già direttore della divisione di cardiologia dell'ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto. Calabrese, laureatosi in medicina a Messina, specializzatosi all'università di Padova in malattie dell'apparato cardiovascolare, cardiologo, prima a Trento (ove nell'ottobre del 1990 ha impiantato il primo defibrillatore in Italia senza toracotomia), poi a Rovereto, il dottor Vergara è stato professore a contratto della facoltà di medicina dell'università di Verona e nel 2009 ha ricevuto la targa d'oro dell'Anmco, il massimo riconoscimento per un Cardiologo ospedaliero. Attualmente svolge la sua professione alla clinica Solatrix di Rovereto. Ecco in sintesi il suo curriculum.

Coniugato, 2 figli

Maturità classica (1963, Liceo Classico T. Campanella di Reggio Calabria)

Laurea in Medicina e Chirurgia (1969, Messina con lode)

Servizio Militare (1970-1971 come S.Ten. Med. di complemento)

Specializzazioni: Cardiologia (1975, Padova con lode), Medicina sportiva (1984, Chieti con lode)

ATTIVITA' PROFESSIONALE

Medicina: Osp. Arco (giugno 1971-settembre 1973)

Cardiologia: Osp.S. Chiara di Trento (ottobre 1973-gennaio 1997)

Cardiologia: Osp. S. Maria di Rovereto (febbraio 1997 ad aprile 2012)

Cardiologo LP da maggio 2012

RUOLI DIRETTIVI NEL SSN

Primario f.f. Cardiologia S.Chiera di Trento dal 24/1/1996 al 2/2/1997

Primario Cardiologia S.Maria del Carmine di Rovereto dal 3 febbraio 1997 al 30/4/2012

Direttore del Dipartimento Cardiovascolare del Trentino dal 2009 al 30/4/2012

ATTIVITA' DIDATTICA E SCIENTIFICA

Professore a contratto Università di Verona (fino al 2012)

Relatore/moderatore in oltre 200 Congressi in Italia ed all'estero

Autore di oltre 600 pubblicazioni scientifiche (tra cui un libro)

Autore di due libri di divulgazione scientifica: Shock e Controshock sulla storia del defibrillatore cardiaco (Ed. EsPress, Torino 2019) e

Navigare fin dentro al cuore sulla storia del cateterismo cardiaco e delle procedure collegate (in via di pubblicazione)

RICONOSCIMENTI E PREMI

Membro della Accademia degli Agiati di Rovereto

Premio Pericle per la Cardiologia nel 1989

Targa d'oro Cardiologi Ospedalieri 2009



D

urante il periodo di segregazione domiciliare, per esorcizzare la COVID19, senza tuttavia dimenticarla del tutto, ho fatto una piccola ricerca storica su alcune epidemie del passato. E' stato un utile "diversivo" alle conferenze stampa, ai bollettini di guerra della protezione civile ed ai talk-show dove stimati colleghi epidemiologi, infettivologi, virologi non sempre hanno dato il meglio

di sé. Sono andato anche alla ricerca di somiglianze con la attuale pandemia. Non sempre le ho trovate, ma, quando trovate, mi hanno fatto riflettere per la loro attualità e per questo le ho puntualmente riportate. La mia piccola ricerca è stato un "divertissement" senza velleità letterarie e senza organicità se non il criterio cronologico. Ho ritenuto tuttavia di doverla completare, a scopo divulgativo, con una breve introduzione sul mondo dei virus e, passando dalla storia alla cronaca, con qualche riflessione sulla COVID19, a memoria del contesto in cui è nata.

Di virus...per conoscerli meglio

"Cattive notizie in un involucro proteico"

(Peter Medawar, Nobel 1960)

"Un ricciolo di acido nucleico in una pallina di muco" (J. Brilsawl)

Cosa è un virus?

Le due definizioni, stupende nella loro semplicità, richiamano efficacemente l'una la "mission", l'altra la struttura di un virus. Il nome deriva dal latino «virus» (veleno, fetore, ma anche succo, salsedine), indeclinabile (alcuni al plurale usano viridae) e definisce una formazione biologica elementare, la più piccola e semplice struttura biologica presente in natura (l'ordine di grandezza è di un centinaio di milionesimi di millimetro), a cui manca qualsiasi organizzazione cellulare e qualsiasi meccanismo produttore di energia. Il virus è pertanto incapace di un metabolismo autonomo o di autonoma capacità di riprodursi ed è «obbligato» ad una «vita» all'interno di una cellula vivente: insomma è uno «zombie chimico». I virus sono costituiti da un acido nucleico, DNA (acido desossiribonucleico) o RNA (acido ribonucleico), variamente configurato (filamento, cerchio, cubo, elica, ecc.) e racchiuso in un involucro proteico o mucoproteico. L'involucro, oltre che a proteggere l'acido nucleico, serve per facilitare la adesione alla membrana cellulare ed è provvisto di piccole protuberanze («spikes») che funzionano da chiave per apri-

re la serratura (recettori specifici) della porta di ingresso nella cellula. Entrato il virus nella cellula ospite, l'acido nucleico virale, e questa è la "cattiva notizia" della definizione di Medawar, la «riprogramma» per renderla funzionale alla sua replicazione continua, "distogliendola" dalla sua funzione originale. Una classificazione a seconda dell'acido nucleico, DNA o RNA, che rappresenta "l'anima" del virus, è semplice e funzionale perché coglie una differenza sostanziale: i virus a DNA hanno scarsa propensione alla "mutazione", laddove invece i virus a RNA mutano con maggiore facilità per cui il vaccino per un virus a DNA mantiene la sua efficacia nel tempo

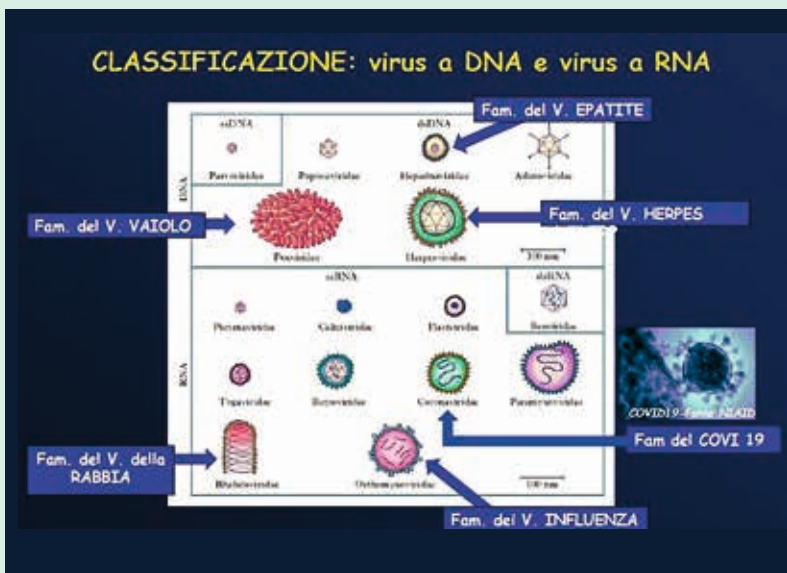


Paul Fürst: il medico della peste, disegno del 1656. Il medico indossa una tonaca nera lunga fino ai piedi, cappello a tesa larga, occhiali, guanti, e una "mascherina" a forma di becco piena di essenze ed erbe aromatiche di vari tipi, tra cui non poteva mancare l'aglio (invocato oggi da qualcuno come anti COVID19!) e contenente anche un filtro spugnoso imbevuto di aceto. Il bastone è simbolo della nobiltà della professione.

(perchè il virus cambia poco), mentre il vaccino per un virus a RNA, oltre che più difficile da ottenere, deve essere periodicamente "aggiornato", come capita, ad esempio, per il vaccino antiinfluenzale.

Infezione e malattia

L'Enciclopedia Treccani definisce l'infezione come un processo caratterizzato da penetrazione e moltiplicazione, nei tessuti viventi, di microrganismi unicellulari (batteri, miceti, protozoi) o virus e la malattia come uno stato di sofferenza di un organismo in toto o di sue parti, prodotto da una causa che lo danneggia ed il complesso dei fenomeni che ne derivano. Infezione e malattia non sono pertanto sinonimi, ma definiscono momenti diversi di un processo il cui esito, la malattia, non è sempre, per nostra fortuna, l'esito scontato. Perchè una infezione "generi" una malattia devono essere soddisfatte due condizioni: 1) la dose infettante deve essere "sufficiente" e 2) l'ospite deve essere «suscettibile» e soccombente nella lotta tra le sue difese, soprattutto immunitarie, e l'agente infettante. Se completiamo il concetto di dose infettante "sufficiente" con una accezione quantitativa (ad esempio, dose infettante "massiva") ed ampliamo il concetto di difese "immunitarie" inserendovi altre variabili dell'ospite, che possono agire "direttamente" come "alleati" dell'agente infettante oltre che indirettamente indebolendo le difese immunitarie (l'età e le copatologie in primis, ma anche altre condizioni contingenti) e se consideriamo i fattori ambientali (clima, inquinamento, altro), abbiamo la triade (agente infettante, ospite, ambiente) che condiziona la gravità della malattia. Maestra della vita, messaggera dell'antichità) *Cicerone De Oratore II, 9*.

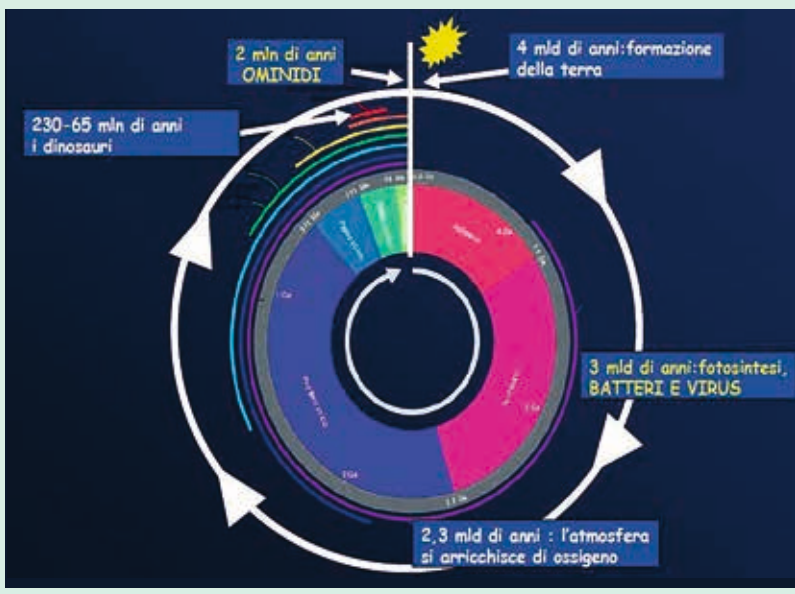


Virus e batteri: il mondo è loro

Il nostro corpo è composto da 10 quadrilioni (...circa...) di cellule ed ospita 100 quadrilioni (...almeno...) di batteri e chissà quanti milioni di virus. Batteri e virus vivono sul nostro pianeta. Da tre miliardi di anni (noi da 1-2 milioni di anni), hanno modellato il nostro pianeta in tutte le sue dimensioni: terra, mare, flora, fauna e hanno condizionato «l'alternanza delle umane posse» ben di più delle guerre. Essi possono vivere senza di noi, noi non potremmo vivere 1 giorno senza di loro. I padroni del mondo sono loro!

Il "debutto del vaiolo sul palcoscenico della umanità"

Lesioni cutanee sono presenti in diverse mummie egiziane, tra cui quella del faraone Ramsese V vissuto oltre 3000 anni addietro. L'esame istopatologico di queste lesioni è compatibile con la loro origine vaiolosa. Potrebbe essere questa la prima epidemia di vaiolo accertata. Ma la genetica non è d'accordo con l'istopatologia. Nel 2016 infatti uno studio comparso su Current Biology analizzando la sequenza del DNA prelevato dalle lesioni cutanee di un cadavere mummificato di un bambino morto per vaiolo tra il 1643 ed il 1665 (FOTO) trovato nella chiesa di S.Spirito a Vilnius, ipotizza che il debutto del vaiolo tra di noi umani possa essere molto più recente (addirittura XIV o XV secolo). In contrasto con questa ipotesi, secondo alcuni studiosi, la "peste" di Atene del V sec. a.C. ed anche la peste Antonina furono epidemie di vaiolo, come vedremo.



La peste nell'accampamento dei greci a Troia (*Omero i canto dell'Iliade*)

La causa? l'ira di Apollo invocato da Crise «*Irato al Sire destò quel Dio nel campo un feral morbo, e la gente peria: colpa d'Atride che fece a Crise sacerdote oltraggio*». Criseide è schiava di Agamennone, il capo degli Achei. Suo padre, il sacerdote Crise, giunto al campo dei Greci per implorare la liberazione della figlia, viene trattato male da Agamennone che si rifiuta di liberare Criseide. Disperato, Crise si rivolge ad Apollo per ottenere vendetta «*Se di serti devoti unqua il leggiadro tuo delubro adornai... questo voto m'adempì; il pianto mio paghino i Greci per le tue saette ... L'udì Febo, e scese dalle cime d'Olimpo in gran disdegno coll'arco su le spalle, e la faretra tutta chiusa ... simile a fosca notte giù venìa. Piantossi delle navi al cospetto: indi uno strale liberò dalla corda, ed un ronzio terribile mandò l'arco d'argento. Prima i giumenti e i presti veltri assalse, poi le schiere a ferir prese, vibrando le mortifere punte; onde per tutto degli esanimi corpi ardean le pire*». La cura? Placare l'ira di Apollo. Viene per questo interpellato l'indovino Calcante «*onde ne dica perché tanta con noi d'Apollo è l'ira: se di preci o di vittime neglette il Dio n'incolpa, e se d'agnelli e scelte capre accettando l'odoroso fumo, il crudel morbo allontanar gli piaccia*». Il responso di Calcante è chiaro: «*né d'obblìati sacrifici il Dio né di voti si duol, ma dell'oltraggio che al sacerdote fe' poc'anzi Atride, che francargli la figlia ed accettarne il riscatto negò*». Agamennone acconsente a liberare Criseide, ma pretende in cambio la schiava di Achille, la bella Briseide. Da qui «*del Pelide Achille l'ira funesta che infiniti addusse lutti agli Achei ...*» da cui parte in racconto dell'Iliade.

La peste di Atene del 430 a.C. (*Tucidide, La guerra del Peloponneso, II,47-53*)

Una terribile pestilenza sconvolse Atene durante la guerra del Peloponneso, Pericle fu tra le vittime. La leggenda narra che anche Ippocrate, il grande medico coevo, si prodigò per contrastare il dilagare del morbo, ma Tucidide non ne fa cenno alcuno sicché è verosimile che la notizia non sia vera. Alcuni studiosi moderni ritengono che si sia trattato di una epidemia di vaiolo, ipotesi che può trovare un pur lontano conforto in alcune caratteristiche delle lesioni cutanee descritte da Tucidide: «*E il corpo, all'esterno, per chi lo toccava, non era né troppo caldo né pallido, ma rossastro, livido, ricoperto di piccole piaghe ed ulcere; le parti interne invece bruciavano al punto da non sopportare il contatto né di vesti molto leggere e di lenzuola né niente altro se non (l'essere) nudi, e da gettarsi con estremo piacere nell'acqua fredda*».

Un tentativo di attualizzazione con la Covid-19

«*Comincio' per la prima volta a manifestarsi tra gli Ateniesi il morbo, che benché si dicesse fosse scoppiato anche prima in parecchi luoghi....*» allora Etiopia... ora Cina, Corea, Giappone «*Infatti né i medici, per ignoranza, ne erano capaci, curandola per la prima volta, anzi essi in particolare ne morivano quanto più si accostavano*» gli eroi medici caduti sul campo a centinaia. «*Sulla città di Atene piombò all'improvviso, e dapprima contagiò gli uomini al Pireo*» prima Codogno. Vo ed Alzano



Lombardo «*così che da parte loro si disse anche che i Peloponnesiaci avevano gettato veleni nei pozzi*» la tesi complottista del laboratorio di Wuhan. «*...all'improvviso, mentre erano sani, dapprima venivano presi da vampate violente alla testa*» la cefalea, «*arrossamento e gonfiore degli occhi*» la congiuntivite «*e le parti interne, sia la gola che la lingua*» la faringite, la tosse «*erano subito sanguinolente... dopo di questi poi sopraggiungevano starnuti*» il raffreddore «*e raucedine*» la laringite «*ed in breve tempo il morbo scendeva nel petto con una tosse violenta....*» la polmonite! «*Ed alcuni morivano per mancanza di cure, ma altri anche se ben curati*» la assenza di un trattamento efficace «*e non ci fu neppure, per così dire, un unico rimedio, che era necessario somministrassero per averne giovamento; quello che infatti era utile ad uno danneggiava un altro*» la necessità dei trials clinici controllati. «*E nessun corpo si dimostrò essere sufficientemente capace di fronte ad esso quanto a forza o debolezza....*» colpisce anche i giovani e sani «*Ma la cosa più tremenda di tutto il male era lo sconforto quando qualcuno si accorgeva di essere malato...*» l'angoscia di morire soli «*Tuttavia mostravano maggiormente compassione per chi moriva e chi era ammalato quelli che ne erano scampati per averne fatto esperienza ed esserne ormai essi al sicuro; non colpiva infatti due volte la stessa persona, almeno in modo da ucciderla*» speriamo sia così con la COVID19 «*Oltre al male esistente li tormentò di più anche l'afflusso in città dalle campagne....dal momento infatti che non*

c'erano abitazioni, ma vivevano in capanne soffocanti per la stagione dell'anno» i timori per i migranti nelle baracopoli «E tutte le consuetudini che prima osservavano riguardo le sepolture furono sovvertite, e seppellivano come ognuno poteva. E molti si diedero a sistemi di sepoltura indegni per mancanza del necessario perché già ne erano morti loro molti in precedenza; alcuni infatti, dopo avere deposto il loro morto su pire altrui, avendo preceduto chi le aveva erette, vi appiccavano il fuoco, altri, mentre uno bruciava, dopo avervi gettato sopra quello che portavano, si allontanavano» lo strazio delle bare sui mezzi dell'esercito, i funerali non funerali, le bare accatastate nelle chiese, le salme non richieste da nessuno al cimitero di Bergamo.



Eugene Delacroix - Ultime parole di Marco Aurelio
Museo di Belle Arti Lione (FR)

La peste Antonina (165-180 d.C.)

Nel 165 d.C. l'impero romano fu sconvolto da una tremenda «pestilenza», portata dalle truppe imperiali di ritorno dalla vittoriosa campagna contro i Parti. Il contagio pare sia avvenuto durante l'assedio della capitale Ctesifonte, ma il morbo proveniva dalla Cina portato dalle scorribande degli Unni (allora come ora: le epidemie hanno un percorso est-ovest e la Cina ne è l'origine). Ammiano Marcellino ne sposta la sede a Babilonia (conquistata dai romani nella stessa campagna bellica) e ne fa risalire la causa ad un atto «sacrilego» dei soldati romani che profanarono il tempio di Apollo e, rompendo la teca d'oro contenente le arti occulte dei Caldei, provocarono la diffusione di miasmi contagianti. E' ricordata come «antonina», dal nome della dinastia regnante a Roma, gli Antonini, o anche «di Galeno», dal nome del grande medico che ne fu testimone oculare (vedi

dopo). Dalla Mesopotamia il morbo passò in Egitto (e così fu devastato il granaio di Roma), e, passando per la Turchia ed i Balcani, entrò in Italia da nord-est irraggiandosi verso sud (Roma) e, complice la campagna contro i Marcomanni, anche verso le regioni nord-orientali dell'impero. Ne furono vittime anche Lucio Vero coreggente con Marco Aurelio e lo stesso Marco Aurelio che, si racconta, così si rivolse agli astanti sul letto di morte: *«perchè piangete voi per me, e non pensate piuttosto alla pestilenza ed alla morte comune?»* Marco Aurelio emanò speciali norme di igiene pubblica e accollò allo stato le spese per i funerali (come alcuni sindaci ora, per la COVID).

Fu vaiolo?

Galeno, il più grande medico dell'antichità dopo Ippocrate, nell'inverno 168-169 fu richiamato dall'imperatore ad Aquileia per curare l'esercito romano decimato dal morbo (secondo alcuni era stato allontanato da Roma perché praticava autopsie su cadaveri, secondo altri era tornato nella natia Grecia proprio a causa della epidemia scoppiata nel 165-166). Egli fu dunque un testimone oculare e descrisse la «peste» nella opera «Methodus medendi» (Il metodo della guarigione), vero e proprio trattato di terapia medica. A differenza di Tucidide che descrisse la peste di Atene da storico (e quindi anche nei suoi risvolti politici, sociali ed economici), Galeno parla della peste «antonina» (per questo detta anche di Galeno) da medico: sintomi e cura, senza indulgere agli effetti collaterali. Il morbo, che *«si diffondeva come nulla prima...»*, è chiamato *«grande peste... lunga peste»*, ove peste, dal latino "peius", indica qualcosa di malvagio e non ha il significato «etiologico» attuale. Nei pochi frammenti residui Galeno cita la febbre, la diarrea, il mal di gola e quella che pare essere stata la manifestazione più eclatante, una diffusa eruzione cutanea a «rush»: *«I malati erano coperti su tutto il corpo da eruzioni pustolose nere...che duravano nove giorni...che talora cicatrizzavano e cadevano via...»*. Da qui il convincimento di molti storici che la peste antonina sia stata una pandemia di vaiolo, tesi non da tutti condivisa, ma che può trovare riscontro in qualche reperto archeologico trovato in Italia: in alcune terracotte pare infatti di poter scorgere l'intento dell'artista di rappresentare le classiche pustole di vaiolo. Solo un cenno rimane della difficoltà di approcciare i malati e sulla gravità del morbo *«noi siamo sopravvissuti tra tante difficoltà per lungo tempo...e molti morirono»*.

Phonak Lyric™

L'unico apparecchio acustico
completamente invisibile
quando indossato



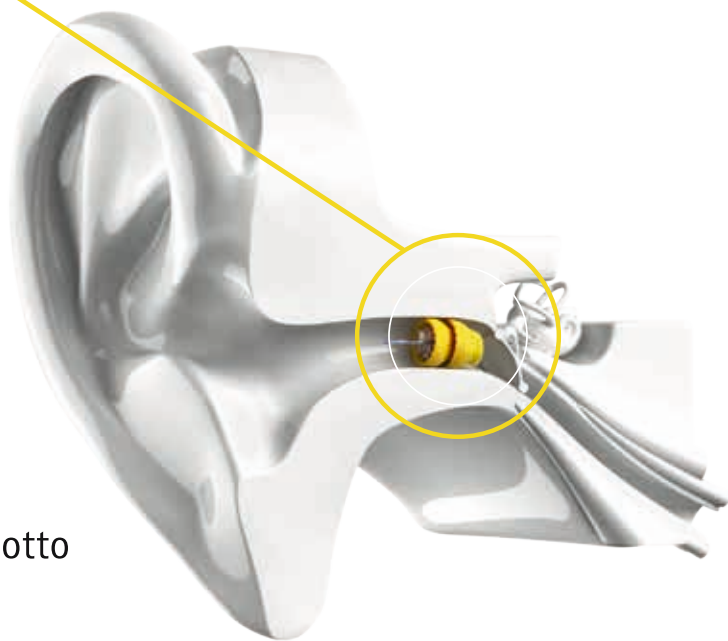
Suono **chiaro e naturale**



Utilizzo **giorno e notte**



Ti dimentichi **di indossarlo**



Lyric si posiziona all'interno del condotto uditivo, rimanendo completamente nascosto alla vista

Lyric utilizza l'anatomia naturale dell'orecchio per amplificare e offrire un'esperienza di ascolto completa e naturale

Lyric può essere indossato giorno e notte e 7 giorni su 7, quando ti alleni, fai la doccia, dormi

SCOPRI PHONAK LYRIC SENZA IMPEGNO

www.phonaklyric.it

 **ACUSTICA TRENTINA**
innanzitutto persone

Sede di Trento - V.le Verona 31/2

0461 1780784

Fu l'inizio della fine dell'impero romano?

Sotto traccia e con improvvisa accensione di focolai devastanti (come quello dell'inverno 165-166 ad Aquileia), la peste antonina durò una trentina di anni e fu devastante. Le stime parlano di un numero di vittime tra i 5 ed i 30 milioni. Al di là della larghezza della forbice, è indubbio che l'impatto demografico sia stato enorme e non mancano le spiegazioni "teleologiche" come quella di Tertulliano che, nel trattato "De anima" del 211, in occasione di una meno devastante (e diversa?) epidemia, scriveva che *«onerosi sumus mundo»* (siamo di peso al mondo) assegnando a pestilenze e carestie (e guerre) un ruolo di *«tonsura insolescentis generis humani»*. Si discute molto tra gli storici sul ruolo della peste «antonina» nella decadenza dell'impero romano. B.G.Niebuhr afferma che il regno di Marco Aurelio *«segna un punto di svolta...e non c'è dubbio che la crisi fu causata dalla epidemia...il mondo antico non si riprese mai dal colpo inflittogli dalla peste che vi si diffuse durante il regno di Marco Aurelio»*. Edward Gibbon, nel suo «Declino e caduta dell'impero romano» ignora quasi del tutto la peste antonina e, come causa del disfacimento dell'impero da far risalire all'epoca degli antonini, rimprovera a Marco Aurelio *«di aver sacrificato la felicità di milioni di persone al suo affetto per un ragazzo indegno e di aver scelto un successore nella propria famiglia anziché nella repubblica»* (il figlio Commodo). La peste antonina ha sicuramente agito sul rafforzamento e diffusione del Cristianesimo, causa fondamentale della decadenza e fine dell'impero. Una popolazione stremata ed impaurita dalla pestilenza, ha sentito forte il bisogno di una speranza di vita ultraterrena ed ha abbracciato in massa la religione di Cristo, che proprio sul finire del II sec. è passata dalla fanciullezza alla giovinezza, premessa per la futura affermazione.

I grandi medici sul campo

Ippocrate e Galeno, i due più grandi medici dell'antichità sono dati presenti sulla scena delle epidemie loro coeve: Ippocrate ad Atene nel V sec a.C. Galeno ad Aquileia e Roma nel II sec d.C. Se la presenza di Galeno sul campo per la cura dei militari romani durante la peste «antonina» è storicamente accertata, più dubbia è la presenza di Ippocrate sulla scena della peste di Atene, dato che Tucidide, lo storico che la descrisse, non ne fa cenno alcuno. La sua presenza ad Atene potrebbe dunque essere una notizia falsa, volta a dare maggiore rilevanza all'evento.

La peste di Giustiniano (541 D.c)

Nel 541 d.C il mondo bizantino fu scosso da una pandemia di peste che, proveniente dal Nordafrica, seguendo le rotte delle navi cariche di grano (...e di topi), raggiunse l'anno successivo Costantinopoli. Lo scrittore-medico-politico Procopio di Cesarea ne fu testimone oculare: *«la febbre aveva improvvisamente attaccato. Generalmente il primo o il secondo giorno, ma in alcuni casi dopo, sono comparsi bubboni, non solo all'inguine, ma anche sotto le ascelle e sotto le orecchie»*. Fu peste bubbonica causata da un germe, Yersinia Pestis, causa anche della peste nera del 1348 e delle successive pandemie di peste, come documentato da uno studio sul DNA del germe estratto dai denti di due cadaveri dell'epoca conservati nel cimitero di Aschheim in Baviera, pubblicato su The Lancet Infectious Diseases nel 2014. La peste giustiniana in senso stretto è durata due-tre anni: nel 544 venne aggiunta al Corpus Juris Civilis una nota in cui Giustiniano dichiarava cessato il pericolo. Essa continuò però sotto traccia con periodiche riaccensioni, per alcuni fino al 750. Paolo Diacono ci lascia una descrizione del focolaio che sconvolse Roma nel 590 dopo una inondazione del Tevere: *«Subsecuta statim est hanc inundationem gravissima pestilentia, quam inguinarum appellavit»*. Morì, tra gli altri il papa Pelagio II *«Primumque Pelagium papam, virum venerabilem,perculit et sine mora extinxit»* e non pochi videro in questo il segno della Divina Provvidenza dato che gli succedette Gregorio Magno, uno dei più grandi Papi della storia. Non proprio in linea con il distanziamento fisico, per prima cosa, Papa Gregorio ordinò una processione verso S. Maria Maggiore per invocare l'aiuto di Dio che, a detta di molti, si manifestò con la visione dell'Arcangelo Michele nell'atto di rinfoderare la spada in cima al mausoleo di Adriano. La peste cessò e da allora in monumento adrianeo si chiamò Castel Sant'Angelo.

La fine dell' Evo antico e l'inizio del Medi Evo e dei secoli bui

Procopio di Cesarea, testimone oculare della prima ondata, quella relativa a Costantinopoli, parla di di 5.000-10.000 morti al giorno e giunge a prospettare l'estinzione del genere umano *«durante questo periodo vi fu una pestilenza, per cui la razza umana è stata certamente prossima all'annientamento»*. Proprio perché testimone oculare di una tragedia immensa, è possibile che Procopio abbia scritto sotto l'influsso di forti emozioni ed abbia un po' esagerato almeno nei numeri e nelle conseguenze. Questo almeno pensano diversi studiosi che non trovano

riscontro ai numeri ed alle catastrofiche previsioni di Procopio in dati oggettivi (utilizzo dei terreni agricoli, traffici commerciali, circolazione della moneta) né in altre fonti (gli Egiziani, notoriamente produttori di papiri su tutto, non citano mai la peste giustiniana). Eppure negli avvenimenti del VI secolo affondano le radici i nuovi assetti geopolitici che cambieranno il mondo. Sul versante orientale né i territori bizantini né il regno dei Sasanidi, duramente colpiti dalla prima e dalle successive riaccensioni della peste, ebbero la forza di resistere alla avanzata degli Arabi; sul versante occidentale, in Italia, i Bizantini vinsero la guerra gotica contro gli Ostrogoti d'Italia, ma non trovarono la forza e le risorse per opporsi ai Longobardi, che, ammette il loro storico Paolo Diacono, non ebbero grandi problemi ad insediarsi in un territorio gravemente spopolato. Ma non fu «solo» la peste a determinare tutto questo. Nel 536 (ricordato come «annus horribilis») l'Europa ha vissuto il momento più triste della sua storia: una nube densa, probabilmente conseguente alla eruzione di un vulcano islandese, coprì i suoi cieli per 18 mesi con effetti ambientali e demografici disastrosi: ne seguì il decennio più freddo degli ultimi 2000 anni, le risorse agricole vennero meno e la carestia dilagò per anni. La peste giustiniana si abbatté sui superstiti di questa epocale calamità e questa congiuntura ha provocato la fine dell'èvo antico (che non era in buona salute) e l'inizio del medio evo e dei secoli bui.

La peste nera del 1348

Dopo un «silenzio» di 6-7 secoli, il germe *Yersinia Pestis*, quello che determinò la peste giustiniana, si riaffacciò in Europa provocando la terribile pestilenza che sconvolse Firenze (e l'Europa) a metà del XIV secolo. La «peste nera», così è ricordata questa epidemia, è il contesto in cui si colloca l'incontro in S. Maria Novella dei 10 giovani (sette donne e tre uomini) che formeranno l'allegria compagnia che decide di trasferirsi in una villa di campagna, pretesto per le novelle che sono la parte più corposa del Decamerone, il capolavoro di Giovanni Boccaccio.

La descrizione della peste nera ne "L'orrido cominciamento" del Decamerone

Il Boccaccio fu testimone oculare della peste nera a cui dedica l'introduzione ("L'Orrido Cominciamento") del Decamerone. Le origini in chiave con i tempi, ma con una nota di modernità rappresentata dal dubbio «*per operazion de' corpi superiori o per le nostre inique opere da giusta ira di Dio a nostra corruzione*», la provenienza «orientale», come al solito «*nelle parti orientali cominciata...verso l'Occidente*

miserabilmente s'era ampliata»..., le lesioni ed il decorso abitualmente mortale «*nascevano nel cominciamento d'essa a' maschi e alle femine parimente o nella anguinaia (inguine) o sotto le ditella (ascelle) certe enfiature, delle quali alcune crescevano come una comunal mela, altre come uno uovo.....le quali i volgari nominavan gavoccioli... primieramente era stato (il gavocciolo) e ancora era certissimo indizio di futura morte*» i vani tentativi di cura non senza un'ironica critica ai medici, in cui possiamo anche vedere una nota di attualità pensando ai tanti addetti ai lavori sempre pronti a rispondere a tutti i dubbi, premettendo sempre che della COVID19 si sa ben poco «*A cura delle quali infermità né consiglio di medico né virtù di medicina alcuna pareva che valesse o facesse profitto: anzi, o che natura del malore nol patisse o che la ignoranza de' medicanti (de' quali, oltre al numero degli scienziati, così di femine come d'uomini senza avere alcuna dottrina di medicina avuta giammai, era il numero divenuto grandissimo) non conoscesse da che si movesse..... non solamente pochi ne guarivano, anzi quasi tutti....chi più tosto e chi meno.... morivano.*» l'alta contagiosità «*.....s'avventava a' sani,*



Giovanni Boccaccio, affresco - Andrea del Castagno
Galleria degli Uffizi Firenze

non altramenti che faccia il fuoco alle cose secche o unte quando molto gli sono avvicinate...non solamente il parlare e l'usare cogli infermi dava a' sani infermità o cagione di comune morte, ma ancora il toccare i panni o qualunque altra cosa da quegli infermi.. », la disgregazione del tessuto sociale «tutti quasi a un fine tiravano assai crudele, ciò era di schifare e di fuggire gl'infermi e le lor cose.....a coloro...che infirmavano niuno altro sussidio rimase che o la carità degli amici (e di questi fur pochi) o l'avarizia de' serventi.... li qual niuna altra cosa servieno che di porgere alcune cose dagl'infermi addomandate o di riguardare quando morieno; e, servendo in tal servizio, sé molte volte col guadagno perdeano» e famigliare «e lasciamo stare che l'uno cittadino l'altro schifasse e quasi niuno vicino avesse dell'altro cura e i parenti insieme rade volte onon mai si visitassero e di lontano: era con sì fatto spavento questa tribulazione entrata ne' petti degli uomini e delle donne, che l'un fratello l'altro abbandonava e il zio il nipote e la sorella il fratello e spesse volte la donna il suo marito; e (che maggior cosa è e quasi non credibile), li padri e le madri i figliuoli, quasi loro non fossero, di visitare e di servire schifavano». Ringraziando il cielo oggi il distanziamento è solo fisico (anche se lo chiamano sociale...)



Renato Guttuso – Il carro dei monatti

La peste Manzoniana

«...il nostro fine non è... soltanto di rappresentare lo stato delle cose nel quale verranno a trovarsi i nostri personaggi, ma di far conoscere insieme...un tratto di storia patria più famoso che conosciuto» Così Alessandro Manzoni nei capitoli XXXI e XXXII dei Promessi Sposi, «giustifica» l'inserimento, nel racconto, della descrizione della peste che sconvolse Milano, la Lombardia ed il Nord dell'Italia all'inizio degli anni '30 del XVII secolo. La peste fu portata dai mercenari tedeschi (i lanzichenecci) che, provenienti dalla Svizzera, attraversarono la Lombardia nell'autunno del 1629 entrando dalla Valtellina diretti a Mantova, dove Francia e Spagna si fronteggiavano nella guerra per la successione nel ducato. I monatti, addetti al trasporto delle salme e talora sospettati di essere "untori" per alimentare il loro "business", sono uno dei simboli di quella tragedia, che in effetti fa da sfondo al messaggio più profondo dei Promessi Sposi, il trionfo della Divina Provvidenza.

Leggendo quei capitoli un tentativo di attualizzazione con la Covid-19

«Il profisico Ludovico Settala.....riferì il 20 d'ottobre, come nella terra di Chiuso....era scoppiato indubbiamente il contagio. Non fu per questo presa veruna risoluzione...Ed ecco sopraggiungere avvisi somiglianti da Lecco e Bellano....e senza posa altre e altre notizie di morte da diverse parti...il 14 novembre...(i responsabili locali) ebbero commissione di presentarsi dal Governatore. V'andarono e riportarono: aver lui di tali nuove provato molto dispiacere....ma i pensieri della guerra essere più presenti: sed belli graviores esse curas...Due o tre giorni dopo, il 18 novembre emanò il Governatore una grida in cui ordinava pubbliche feste per la nascita del principe Carlo, primogenito di re Filippo IV, senza sospettare e senza curare il pericolo d'un gran concorso...» Gli allarmi a lungo ignorati... il ridimensionamento iniziale delle conseguenze del contagio...la preoccupazione all'inizio più per le ricadute economiche e di immagine (Milano non chiude....Bergamo non ne parliamo...), fino alla apoteosi della partita di Champions League Atalanta Valencia a S. Siro il 19 febbraio... «...chi buttasse là una parola di pericolo, chi motivasse peste, veniva accolto con beffe incredule... la medesima...cecità...prevaleva nel senato, nel consiglio...in ogni magistrato. Quella grida, per le bullette, risolta il 30 di ottobre, non fu stesa che il 23 del mese seguente, non fu pubblicata che il 29. La peste era già entrata a Milano.....» Le dispute tra i virologi nei talk-show....la dichiarazione dello stato di emergenza da parte del Governo italiano il 31 gennaio...e poi un mese di silenzio, o quasi.

«In principio dunque, non peste, assolutamente no, per nessun conto: proibito anche il proferire il vocabolo. Poi febbri pestilenziali: l'idea s'ammette per isbieco in un aggettivo. Poi non vera peste; vale a dire peste sì, ma in un certo senso; non peste proprio, ma una cosa alla quale non trovare un altro nome. Finalmente, peste senza dubbio, e senza contrasto»

Le reticenze ed i ritardi della Cina.... I ritardi della OMS nella dichiarazione dello stato di «pandemia», finalmente dichiarato l'11 marzo dopo un lungo preambolo e con molta circospezione: «abbiamo quindi valutato che la COVID19 può essere caratterizzato come una pandemia. Pandemia non è una parola da usare con leggerezza o disattenzione». Come peste, appunto...e con la stessa cautela delle autorità dei Milano del XVII secolo! *«...nell'osservare i principi di una vasta mortalità...nasce una non so quale curiosità di conoscere que' primi e pochi nomi che poterono essere notati e conservati: questa specie di distinzione, la precedenza nell'estermio, par che faccian trovare in essi, e nelle particolarità, per altro non indifferenti, qualche cosa di fatale e di memorabile. L'uno e l'altro storico dicono che fu un soldato italiano al servizio di Spagna; nel resto non son ben d'accordo, neppur sul nome. Fu, secondo il Tadino, un Pietro Antonio Lovato del territorio di Lecco; secondo il Ripamonti, un Pier Paolo Locati di quartiere a Chiavenna. Differiscono anche il giorno della sua entrata in Milano: il primo la mette il 22 ottobre, il secondo ad altrettanti del mese seguente. Tutte e due l'epoche sono in contraddizione con altre ben più verificate....si potrebbe anche provare o quasi provare che dovette essere ai primi di quel mese; ma di certo il lettore ce ne dispensa....Nella città quello che già disseminato da costoro....andò covando e serpendo lentamente tutto il restante dell'anno e ne' primi mesi del susseguente 1630»*

La caccia ossessiva al paziente 1, la vita di Mattia, il runner di Codogno poi ricoverato al S. Matteo di Pavia, passata al setaccio alla ricerca di un contatto, anche indiretto, con la Cina (mai trovato); la manager cinese che da Shanghai avrebbe portato il virus in Baviera dove poi, chissà come, sarebbe giunto in Lombardia. Ma no... forse il virus circolava già sotto traccia da dicembre...quelle tante polmoniti atipiche... e poi a che serve sapere chi è stato il primo davanti a migliaia di vittime? *«...era venuto un dispaccio, sottoscritto dal re Filippo IV, al governatore, per avvertirlo ch'erano scappati da Madrid quattro francesi, ricercati come sospetti di spargere unguenti velenosi, pestiferi: stessero all'erta se mai coloro fossero capitati a Milano...»*

I numerosi (non quattro) meridionali scappati dalle regioni del Nord alla notizia della imminente dichiarazione del lockdown nazionale...stessero vigili i governatori del Sud ai potenziali untori...*«Mentre il tribunale cercava (gli*

untori), molti nel pubblico, come accade, avevan già trovato. Coloro che credevano essere quella un'unzione velenosa, chi voleva che fosse una vendetta di don Gonzalo Fernandez de Cordoba per gli insulti ricevuti alla sua partenza, chi un ritrovato del cardinal di Richelieu, per spopolare Milano, ed impadronirsi senza fatica; altri, e non si sa per quali ragioni, ne volevano autore il conte di Collalto...»

Non poteva mancare la tesi complottista come in tutte le epidemie....la Cina per comprare a basso prezzo industrie ed infrastrutture in Italia ed Europa *«chiedessero... che le imposizioni fossero sospese...la Camera desse denari; il Governatore informasse il re delle miserie della città e delle province...il Governatore scrisse in risposta condoglianze....questo essere il tempo di spendere senza risparmio...in quanto alle richieste espresse, proueeré en el mejor modo que el tiempo y necesidades permittierem. E sotto un girigogolo (la firma) chiaro come le sue promesse»*

Sospensione delle tasse, finanziamenti a fondo perduto, le richieste all'Europa (il re), le promesse ed i provvedimenti non sempre chiari per i cittadini... *«i decurioni...avevan presa un'altra (risoluzione): di chieder al cardinale arcivescovo che si facesse una processione solenne, portando per la città il corpo di S. Carlo. Il buon prelado rifiutò per molte ragioni. Gli dispiaceva quella fiducia in un mezzo arbitrario...temeva di più che, se pur c'era di questi untori, la processione fosse un'occasione troppo comoda al delitto; se spander sempre più il contagio: pericolo ben più reale.....Al replicar delle istanze cedette Egli dunque, acconsentì che si facesse la processione, acconsentì di più al desiderio che la cassa dove cassa dove erano rinchiuse le reliquie di S.Carolo, rimanesse dopo esposta, per otto giorni sull'altar maggiore del duomo»*



Gaetano Previati – La processione del giugno 1630

In occasione delle festività pasquali, da più parti, compresa una parte politica, si levò pressante la richiesta per il la richiesta per ripristino delle celebrazioni ecclesiastiche. A differenza di Federigo Borromeo, papa Francesco ha non ha ceduto alla richiesta ed ha celebrato, in suggestiva solitudine, le funzioni pasquali. Fu concessa inoltre la ostensione della Sacra Sindone nel duomo di Torino il giorno di Pasqua. *«Bisognava tener fornito il lazzaretto di medici, di chirurghi, di medicine, di vitto, di tutti gli attrezzi d'infermeria; bisognava trovar nuovo alloggio per gli ammalati che sopraggiungevano ogni giorno. Si fecero a quest'effetto costruire in fretta capanne di legno e di paglia nello spazio interno del lazzaretto; se ne piantò uno nuovo....capace di contenere quattromila persone. E non bastando ne furono decretati altri due; ci si mise anche mano; ma per mancanza di mezzi d'ogni genere, rimasero in tronco.....Una volta il lazzaretto rimase senza medici; e con offerte di grosse paghe e d'onori, a fatica e non subito se ne potè avere, ma molto men del bisogno»*



Se al posto di lazzaretto leggiamo ospedale, sembra scritto oggi (a parte che per i materiali di costruzione)....l'ospedale da campo a Bergamo e Cremona, la terapia intensiva alla Fiera di Milano...i bandi per trovare medici *«Dove spiccò una più generale e più pronta e costante fedeltà ai doveri difficili della circostanza, fu negli ecclesiastici....non mancò mai la loro assistenza, dove si pativa ce n'era; sempre si videro mescolati, confusi co' languenti, co' moribondi, languenti e moribondi qualche volta loro medesimi....Più di sessanta parrochi, della città solamente, morirono di contagio: gli otto noni all'incirca»* Oggi, per impegno e prezzo pagato in termini di vite perdute, sono stati i medici e gli infermieri gli eroi della COVID19. Questo ha messo in ombra il sacrificio dei sacerdoti

che per numero non è lontano da quello dei medici (116, vedi Avvenire.it del 23/4/2020, in verità non tutti morti in prima linea, a differenza della maggior parte dei medici). *«I magistrati, scemati ogni giorno, e sempre più smarriti e confusi, tutta, per così dire, quella poco risoluzioni di cui erano capaci, l'impiegarono a cercar di questi untori....I processi che ne vennero in conseguenza, non erano certamente i primi di un tal genere: e non si può neppur considerarli una rarità nella storia della giurisprudenza. Ché per tacere dell'antichità e accenar solo de' tempi più vicini a quello di cui trattiamo....elenca una lunga serie di processi....furono processati e condannati a supplizi, per lo più atrocissimi, dove qualcheduno, dove molti infelici, come rei di aver propagato la peste, con polveri, o con unguenti, o con malie, o con tutto ciò insieme. Ma l'affare delle così dette unzioni di Milano, come fu il più celebre, così è fors'anche il più osservabile....c'è parso che la storia potesse essere materia di un nuovo lavoro. Ma non è cosa da uscirne con poche parole e non è qui il luogo di trattarla con l'estensione che merita»* Il "nuovo libro" qui anticipato è il saggio «Storia della colonna infame» che sarà pubblicato in appendice alla edizione del 1840-42 dei Promessi Sposi. In questo saggio il Manzoni esamina il caso di due presunti untori inquadrandolo nel contesto dell'epoca, ma non giustifica i giudici, pur riconoscendo loro le 'attenuanti generiche' per aver agito condizionati dalle credenze dell'epoca. Allora gli «untori» (presunti) venivano perseguiti e condannati, ora gli untori presunti (i cittadini che non rispettano le regole del lockdown) e quelli veri (i cittadini che non rispettano le regole della quarantena) se la cavano con una multa. E poi le tante inchieste delle Procure, Milano in testa, sulla gestione della epidemia sul territorio, negli Ospedali e, soprattutto, nelle RSA. Allora come ora la Magistratura scende in campo.

La pandemia "Spagnola" (1918-1919)

Colpì l'Europa ed il mondo nel 1918-1919 e fece più morti (50.000.000, il doppio per altre stime) della grande guerra. Comparsa nella primavera del 1918 ebbe un secondo e più catastrofico picco nell'autunno dello stesso anno. Colpì la popolazione secondo un modello a W per l'età: bambini, giovani e anziani con una «predilezione» per i giovani «sani» (il picco di incontro delle due V è più alto degli altri), fatto questo che da una parte ridimensiona la credenza che gli stenti della guerra, indebolendo la popolazione, abbiano esaltato gli effetti letali e dall'altra consente di evocare una esagerata risposta immunitaria che

porta ad una infiammazione dei tessuti polmonari mediata dalle citochine, molecole pro-infiammatorie, meccanismo che pare essere in gioco nei casi più gravi di COVID19. L'agente della spagnola, ritenuto all'epoca di tipo batterico (*Haemophilus Influenzae*), fu riconosciuto come di tipo virale nel 1930 e tipizzato come A-H1N1 alla fine del secolo scorso con sofisticati esami sui resti di una vittima «conservati» nei ghiacci dell'Alaska: un virus a RNA, come il COVID19, ma appartenente alla famiglia Orthomyxovirus, cui appartengono tutti i virus influenzali.



Orthomyxoviridae



Coronaviridae

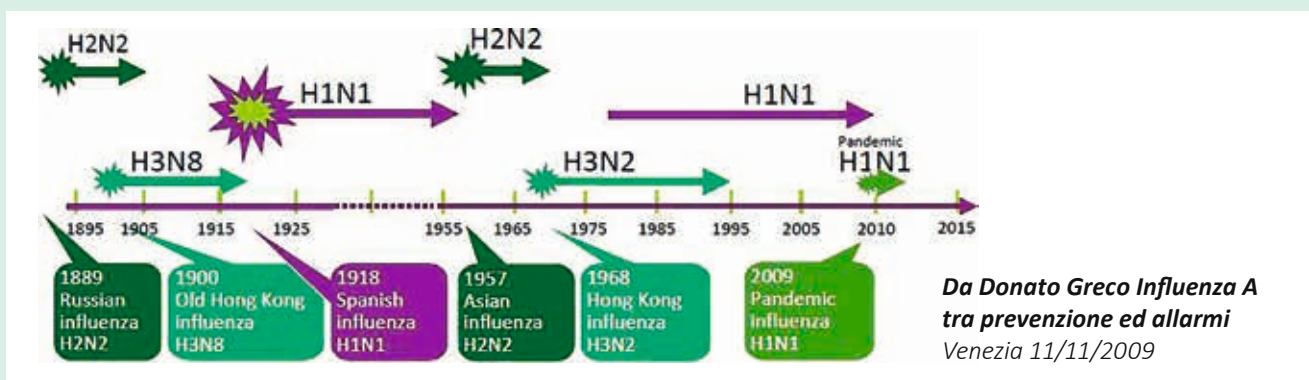
La pandemia dimenticata

Il nome e l'oblio che che la hanno accompagnata (le analisi approfondite iniziano alla fine del secolo scorso e diventano corpose in occasione del centenario) rendono l'epidemia «spagnola» del tutto particolare rispetto alle altre pandemie e pestilenze. La Spagna, il paese evocato dal nome, non è né la sede di origine né l'epicentro della pandemia. Ne fu sì colpita (si ammalò anche il re Alfonso XIII), ma non in modo particolare. Il «merito» della Spagna, paese non belligerante nella prima guerra mondiale, è quello di aver per prima allertato il mondo sulla epidemia che gli altri paesi europei, impegnati in guerra, per ovvi motivi di propaganda, tenevano nascosta. Se ne poteva immaginare la drammatica portata confrontando le numerose pagine di necrologi dei quotidiani con gli striminziti trafiletti che gli stessi quotidiani dedicavano alla malattia, ma questa operazione non

era alla portata dei più in quegli anni. Questo fu uno dei tanti motivi dell'oblio, che fu profondo e «ragionato» se qualcuno parlò di «elefante nella stanza» che nessuno voleva vedere. L'euforia per la fine della guerra (coincisa con il secondo e più catastrofico picco della pandemia) oscurò la strage pandemica e si preferì piangere i morti caduti per la patria e non le vittime di un morbo. Né si fece sentire la comunità scientifica, che dopo i successi di fine secolo (Kock, Pasteur) riteneva chiusa la partita con le malattie



infettive e viveva la pandemia come un «affronto» imbarazzante da ridimensionare se non da occultare. Anche la letteratura, che aveva immortalato le precedenti epidemie (Boccaccio, Shakespeare, Manzoni), se ne disinteressò: basti pensare che Camus preferì evocare nel titolo del suo capolavoro, la Peste, l'antico flagello ormai quasi scomparso e non piuttosto il flagello di pochi decenni prima. Il quadro di Egon Schiele, LA MORTE E LA FANCIULLA, che rappresenta il morbo nelle fattezze sofferenti della moglie Edith, incinta, è una delle poche testimonianze artistiche della pandemia spagnola. Entrambi, il pittore e la moglie, furono vittime del morbo.



L'incubo del ritorno nel 2009

Nel 2009 furono segnalati numerosi casi di polmonite atipica, dapprima in Messico e poi, con rapida diffusione, in tutti i continenti. I sintomi ricordavano quelli della spagnola con cui la nuova epidemia condivideva anche la comparsa «fuori stagione»: in primavera e con secondo picco, più grave, in autunno. Ormai anche la opinione pubblica, e non soltanto la comunità scientifica, era a conoscenza della tragedia che sconvolse il mondo alla fine della grande guerra e la comprensibile preoccupazione si trasformò in panico quando fu riconosciuto e tipizzato il virus responsabile di questa nuova epidemia influenzale detta anche «suina»: si trattava di un virus A-H1N1 simile a quello della spagnola! In Italia, ad una prima fase di grande allarme, seguì, nei fatti, un ridimensionamento dell'epidemia. Tutta la vicenda fu gesti-

ta in modo «schizofrenico» dalle nostre autorità sanitarie che, da una parte tranquillizzavano la opinione pubblica anche con spot televisivi (l'influenza A è una normale influenza) e, dall'altra, promuovevano con insistenza il vaccino che nel frattempo era stato messo a punto dalla industria farmaceutica. Conseguenza di questa discrasia nella comunicazione fu una certa perdita di autorevolezza delle nostre autorità sanitarie che giunsero al limite della delegittimazione nell'opinione pubblica quando, a carico di alcuni componenti, cominciarono a circolare voci di scarsa trasparenza nella dichiarazione di conflitti di interessi con le case farmaceutiche. E i no-vax brindarono...

La tesi complottista

L'uomo ha sempre cercato una spiegazione ai grandi flagelli che hanno investito l'umanità. E, in chiave con i tempi, la ha trovata nell'ira degli dei,



I medici indossavano maschere per evitare l'influenza all'ospedale dell'esercito americano. 19 novembre 1918.

Ospedale dell'Esercito n. 4. Fort Porter, N.Y. durante la pandemia Influenza 'spagnolo' 1918-19.



nella punizione divina o in azioni proditorie di un nemico vero o presunto. La tesi del complotto non poteva mancare in una epidemia, come la spagnola, esplosa durante una guerra passata alla storia come «grande» o «prima mondiale» per il numero di stati coinvolti. E' sempre la Germania che «tira» le fila del presunto complotto. All'inizio, quando l'epidemia scoppiò, nella

primavera del 1918 e si riteneva fosse causata da un batterio, l'*Haemophilus Influenzae*, isolato a fine ottocento da biologo tedesco Richard Pfeifer, pochi credevano ad un caso... Più consistente, perché basata su un rationale reale, anche se errato, fu la tesi complottista a carico della Aspirina e della Bayer, la multinazionale tedesca produttrice della Aspirina e, guarda caso, anche dei gas usati in guerra che «bruciavano» i polmoni come e più della pandemia. La tesi del complotto era che la Bayer, su ordine delle autorità tedesche, avesse «infettato» con qualcosa, germe o altro, le compresse di Aspirina, farmaco di largo uso all'epoca. Se la tesi del complotto è evidentemente campata in aria, non può a priori essere negata, almeno in alcuni casi, una qualche "responsabilità" della Aspirina nel causare la grave insufficienza respiratoria che caratterizzò il quadro clinico della spagnola. Si faceva infatti un largo uso della Aspirina per combattere la febbre e la cefalea che erano tra i primi sintomi dell'infezione. Il fatto è che, a fronte di una dose terapeutica giornaliera di 3-4 grammi, si somministravano, talora, dosi anche 5 o 6 volte superiori (in alcuni report si parla di dosi di 25-30 grammi!!). E oggi sappiamo che alte dosi di Aspirina danno fenomeni emorragici ed edema polmonare, proprio come la pandemia spagnola. E' chiaro comunque che il killer fu il virus e non l'Aspirina.

L'attualità: la Covid-19

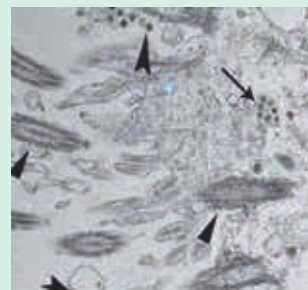
COVID19 è un acronimo con appiccicato l'anno di primo isolamento del virus, il 2019. CO sta per Corona, VI per Virus e D per Disease (malattia). Chiameremo quindi COVI19 il virus e COVID19 la malattia.

Il Covi19

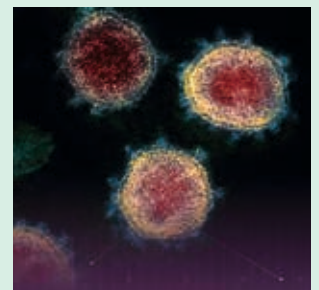
La parte centrale (RNA) è circondata da una corona (da cui il nome) di materiale glico-muco- proteico. Il virus per entrare nella cellula apre la serratura (il recettore ACE2) con una chiave rappresentata da uno dei grani della corona (detto «spike»). La via aerea è la principale via di contagio, ma sembra non possano essere escluse altre vie, pur di minore importanza.



Foto di famiglia durante gli anni '20.
Notare il gatto



Fonte: Na Zhu -N.Engl.J.Med
2020



Fonte: National Institute of
Allergic and Infectious Disease

La Covid19

Pur essendo da qualche mese in cima ai pensieri della comunità scientifica mondiale, resta ancora un'entità poco conosciuta. Da qualsiasi prospettiva la guardiamo essa mai appare chiara, anche se qualche aspetto pare essere meno oscuro. Così dal punto di vista clinico sappiamo che spesso decorre senza o con pochi sintomi; che può interessare tutti gli organi ed apparati (e d'altra parte la porta di ingresso del COVI19 nelle cellule, il recettore ACE2, è presente, più o meno, in tutti gli organi); che il bersaglio preferito è l'apparato respiratorio che sviluppa una polmonite "interstiziale" e che, in alcuni soggetti e per motivi non del tutto noti, la risposta immunitaria "genera" una abnorme reazione infiammatoria mediata da speciali molecole dette "citochine" che porta alla coagulazione intravascolare del sangue, con conseguenze gravissime che sono alla base dei casi ad esito infausto. Dal punto di vista terapeutico, in attesa del vaccino (se e quando verrà), vengono usati con risultati al momento non esaustivi, oltre al siero dei pazienti "guariti" dalla COVID19, medicinali "off label", farmaci cioè in uso con altre indicazioni (antivirali, antimalarici, eparina, ecc) il cui peso reale nell'armamentario terapeutico non potrà che venire dagli studi controllati in corso sotto l'egida della AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) e dello ISS (Istituto Superiore di Sanità).

Epidemiologia: qualche numero...tanto per dare i numeri

La epidemiologia della COVID19 è un terreno infido, di cui si parla tanto che non si può non parlarne. Definire attualmente prevalenza, incidenza, letalità, mortalità della COVID19 è difficile o, meglio, impossibile dato che attualmente i relativi dati epidemiologici si possono stimare per estrapolazioni più o meno arbitrarie. Se ne sentono di tutti i colori. Il fatto è che nessuno può sapere quanti sono (siamo) i contagiati "asintomatici" o, in termini più gentili, i "portatori sani". E' come definire la parte sommersa di un iceberg, ma a differenza dei glaciologi non disponiamo di sonar o di altra strumentazione sofisticata. Solo congetture possiamo fare. Eppure il problema è importante non dal punto di vista clinico, ma dal punto di vista preventivo essendo i contagiati "asintomatici" i diffusori, inconsapevoli, ma subdoli, del virus. Ciò premesso, non mi sottraggo a qualche stima, pur se il presupposto è un dato presunto. In base ai dati che circolano nel mondo si può assumere una letalità dell'1-2%, quindi con 26384 decessi (report della Protezione civile al 25 aprile) il numero degli infettati in Italia, sarebbe tra 1.300.000 e 2.600.000. L'imperial College di Londra stima in 6 milioni i contagiati in Italia. Estrapolando i dati di Vo (PD), 6% di positivi sull'intera popolazione, i contagiati in Italia sarebbero 3,6 milioni ed estrapolando i dati sul campione di

3000 abitanti dello stato di New York (14% di positivi), i contagiati in Italia sarebbero tra 8 e 9 milioni. In attesa dei test sierologici....ho dato i numeri. La letalità (numero di morti/popolazione infettata) è pur essa un tema spinoso, fonte di allarme ed apprensione (un conto è se su 100 persone infettate ne muoiono 20, altro conto è se ne muore 1 o meno). E', d'altra parte, un tema che si può svolgere per estrapolazioni da dati incompleti, parziali e anche arbitrari. Del rapporto che definisce la letalità, noi non conosciamo bene infatti né il numeratore, né il denominatore. Per il numeratore: la attribuzione dei decessi a COVID19 non è univoca tra le regioni italiane e tra l'Italia, l'Europa ed il mondo; le differenze principali sono: a) la distinzione, non chiara ed univoca, tra decessi con COVI e decessi per COVID, b) la necessità o meno del tampone positivo (o negativo) per attribuire (o no) il decesso alla COVID19. Per il denominatore: si rimanda a quanto detto sopra sul numero dei contagiati/portatori sani. Proviamo a dare qualche numero. Se gli infettati in Italia sono (siamo) 5 milioni (la stima che arbitrariamente a me pare più probabile) la mortalità è intorno allo 0.5%. Se questa stima è vicina al vero (e lo vedremo con i test sierologici), la COVID non è una influenza, ma non è nemmeno la peste o il diavolo, o, meglio è stata peste e diavolo solo per la notevole concentrazione temporale dei contagi. Se così è, e lo vedremo anche con il dipanarsi della evoluzione epidemiologica, con la COVID19 si potrà convivere come si convive con altre malattie infettive a patto che a) non ci siano più picchi in grado di mettere in crisi il SSN, obiettivo ottenibile con i nostri comportamenti e facendo tesoro della tremenda esperienza dei mesi di marzo ed aprile, b) il SSN sia preparato (errare humanum est, perseverare autem diabolicum!) ed in grado di spegnere sul nascere eventuali riaccensioni. In attesa, ovviamente, di un vaccino o di una terapia efficace.



Cartellone di un venditore con la lista dei prezzi delle sue carni e degli animali vivi: Cammello (bistecche, zampe, gobba) 7 €/Kg, Alligatore (lingua e coda) 5-6 €/Kg. E poi marmotte, volpi, tartarughe, serpenti ecc...

Wuhan: laboratorio di virologia o Wet market (mercato umido)?

Sull'origine del contagio c'è la tesi «complotto» che vuole il COVID19 accidentalmente uscito dal Wuhan National Biosafety Laboratory dell'Accademia Cinese delle Scienze, l'unico laboratorio in Cina classificato come BSL-4 e destinato a studiare gli agenti patogeni più pericolosi del mondo, tra cui il virus Ebola. E c'è la tesi che vede il COVID19 «umano» come un virus «animale» che ha fatto il salto di specie e, conseguentemente, la COVID19 come una «zoonosi». Quest'ultima ipotesi è la più accreditata dato che poggia su due solide basi: a) molte malattie da coronavirus sono zoonosi dimostrate, b) lo studio del genoma del COVID19 ha mostrato una straordinaria somiglianza (90% di sovrapposibilità) con un coronavirus che ha nel pipistrello il suo naturale serbatoio. Anche questa seconda ipotesi colloca il luogo del «delitto» a Wuhan, ma ne sposta la scena: non il National Biosafety Laboratory, ma il wet market, il mercato «umido», in quanto il terreno è sempre impregnato di liquidi di varia natura....anche diversi dall'acqua. In questo mercato, tra i più grandi e frequentati di questo genere in Cina, vengono venduti animali domestici o selvatici, vivi o morti, interi o già pronti in tagli idonei alla cottura e spesso anche già cotti e preparati in pietanze prelibate per i cinesi. La zuppa di pipistrello è una di queste prelibatezze e questo mercato pare sia il migliore per la qualità e la varietà dell'offerta: il consumo sul posto, l'asporto, o l'acquisto dei pezzi dell'animale da cucinare a casa. Pare inoltre che la situazione igienica di questo mercato lasci molto a desiderare: un po' per sua natura con commistione di animali (pipistrelli, pangolini, serpenti, maiali, koala, coccodrilli e chi più ne ha, più ne metta) vivi e morti, crudi e cotti, un po' per l'alta affluenza di pubblico e per certe abitudini poco ortodosse (almeno per noi occidentali). La natura degli ospiti animali, la commistione tra animali e persone, l'affollamento e le condizioni igieniche hanno reso possibile il salto del COVID19 dal pipistrello ad altro animale (il pangolino, secondo alcuni) e quindi all'uomo.

Perché il pipistrello?

È noto da tempo che i pipistrelli sono un formidabile serbatoio di virus e quindi fonte di zoonosi (SARS, MERS, ecc.). Questa «consuetudine» dei pipistrelli con i virus ha tante radici: sono decine (o forse centinaia) di miliardi divisi in numerose specie (oltre 1000), sono animali molto «sociali» che formano colonie/comunità anche di un milione e



più, sono «arcaici» e ciò ha favorito la coabitazione/assuefazione con i virus, pur essi abitanti arcaici del pianeta, sono mammiferi e volano (i virus prediligono i mammiferi ed il volo, specie se per distanze lunghissime, mentre favorisce l'incontro con i virus, obbliga ad un vivace metabolismo), sono longevi. La longevità dei pipistrelli (alcune specie vivono anche 25-30 anni, a fronte di una vita di 2-3 anni di un topo) insieme alla grande dimensione delle colonie, consente ai virus di trovare sempre soggetti «suscettibili» perché accanto ai pipistrelli vecchi, non più terreno ideale per loro avendo acquisito la immunità, c'è sempre una moltitudine di neonati suscettibilissimi: un esempio tipico di «dimensione critica di popolazione» per cui un virus diventa «endemico» (a meno di una vaccinazione di massa). Un discorso a parte merita il «mistero immunitario» di questi mammiferi volanti che li rende da una parte «serbatoio» e dall'altra «resistenti» ai virus, come se il loro sistema immunitario, a causa del loro remotissimo distacco dagli altri mammiferi, non abbia sviluppato la risposta «tutto o nulla» propria degli altri mammiferi che, abitualmente, o eliminano il virus o soccombono. Fatto sta, per tornare alla attualità, che la particolarità di questo ospite ha «costretto» il COVID19 a sviluppare una spiccata capacità di riprodursi. E questa è alla base della sua elevata contagiosità, di cui noi, ora, paghiamo le conseguenze.

Si poteva prevedere?

La COVID19 ha colto impreparato il nostro paese (e non solo in nostro paese). Un'impreparazione gravida di conseguenze come traspare da queste parole del dott. Guido Marinoni, presidente dell'Ordine dei Medici di Bergamo, la provincia simbolo della tragedia COVID19 in Italia *“Si è scambiata una emergenza, che era di sanità pubblica, per una emergenza di terapie intensive. All'inizio, non sono stati isolati i casi, non sono state fatte le indagini epidemiologiche, non sono stati fatti i tamponi ai pazienti, i medici sono andati in*



giro senza protezione individuale... e soprattutto hanno involontariamente diffuso il contagio". Eppure...le notizie e le immagini provenienti dalla Cina, a partire dalla metà di gennaio, hanno cominciato a inondare le nostre case (ma non le nostre menti) attraverso i telegiornali di tutte le reti con un crescendo degno di ben altra musica. Le immagini spettrali

di Wuhan.... il cantiere per la costruzione di un COVID hospital attiguo all'ospedale presentato e da noi vissuto come una performance da Guinness dei primati e non come testimonianza di una tragedia imminente sul mondo. Eppure... già nel 2005 il pericolo di una pandemia virale (all'epoca la

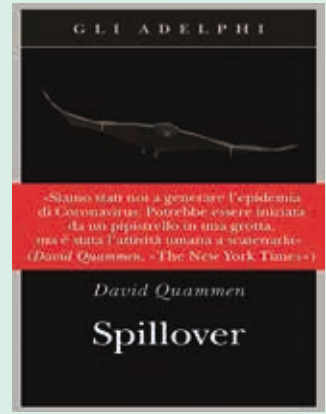


paura era per la influenza aviaria) non era più un discorso tra addetti ai lavori se il prestigioso TIME, il 17 ottobre, ha dedicato la copertina alla influenza aviaria come pericolo mortale ed un report speciale dal titolo illuminante *"dentro la corsa globale per evitare la pandemia"*. E proprio in quegli anni il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo della Malattie del nostro Ministero della

salute mise a punto un *"Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"* che nella introduzione (versione del 2008) esplicitava rationale ed obiettivi:

- identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia .
- Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia
- Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali
- Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
- Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
- Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Ottimi propositi, rimasti purtroppo tali alla prova dei fatti. Negli anni successivi la Unione Europea renderà obbligatorio per tutti i paesi l'aggiornamento del piano antipandemico. Eppure nel 2012 David Quammen, scrittore e divulgatore scientifico americano, autore del saggio «Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic» (pubblicato in Italia da Adelphi nel 2014 con il titolo «Spillover - l'evoluzione delle pandemie»), quasi leggendo nella sfera di cristallo, così si esprimeva (riporto dal saggio e da interviste dell'epoca): *«E' ipotizzabile che la prossima grande epidemia quando arriverà...si sposterà da una città all'altra sulle ali degli aerei, come un angelo della morte. Sarà causata da un virus?... Non puoi più portare un coltello su un aereo, ma puoi continuare a trasportare un virus.... Si manifesterà nella foresta pluviale o in un mercato della Cina?... La difficoltà di fare previsioni precise non ci obbliga a rimanere ciechi, impreparati e fatalisti circa l'emergenza di malattie zoonotiche...*



Stiamo rimuovendo (i virus) dai loro confini ecologici naturali...e li introduciamo in un nuovo habitat ricco chiamato popolazione umana, dove possono prosperare più abbondantemente e causare più problemi...E' importante migliorare... la capacità di risposta, sapere quali gruppi di virus tenere sotto osservazione, essere in grado di riconoscere uno spillover (salto di specie) anche in luoghi remoti, prima che si trasformi in una epidemia, avere le capacità organizzative per bloccare le epidemie prima che diventino pandemie. Anche se non siamo in grado di prevedere la prossima pandemia....possiamo per lo meno essere vigili e ben preparati....» Alcune previsioni (un mercato cinese come luogo di nascita della prossima pandemia, i danni ecologici della deforestazione come causa di zoonosi) sono inquietanti, ma la ottima prognosi di Quammen non ha trovato riscontro nella terapia del decisore pubblico. Eppure.....nel dicembre del 2014, Barack Obama, parlando al National Institute of Health (NIH) ed al Congresso Americano, così si esprimeva *"Siamo stati fortunati, l'H1N1 (il virus dell'influenza suina del 2009) non si è ri-*



velato più mortale di quanto poteva essere. Non possiamo dire di essere fortunati con l'Ebola perché ovviamente sta avendo un effetto devastante in Africa occidentale, ma non si trasmette per via aereaPotrebbe, e verosimilmente arriverà un momento in cui si diffonderà una malattia che si trasmetterà per via aerea e che sarà mortale.... È necessario collaborare con altri paesi per prevenire e affrontare i futuri focolai e minacce prima che diventino epidemie.... È un investimento intelligente. Non è solo un'assicurazione. Sappiamo che in futuro continueremo ad avere problemi come questo. Quindi è importante ora, ma è anche importante per il nostro futuro, il futuro dei nostri figli e il futuro dei nostri nipoti” Infatti.... dopo poco più di 5 anni è arrivata la COVID19 : si trasmette per via aerea e può essere mortale. Eppure.... Il 3 aprile del 2015, in una TED (Technology Entertainment Design) conference, Bill Gates, anch'egli munito di sfera di cristallo, così si esprimeva: *«Quand'ero ragazzo, il disastro di cui ci si preoccupava di più era la guerra nucleare. Ecco perché avevamo tutti un barile come questo* (indica un contenitore del Dipartimento della Difesa civile USA) *in cantina pieno di lattine di cibo ed acqua. Quando l'attacco nucleare sarebbe arrivato, dovevamo scendere, accovacciarci e mangiare dal barile. Oggi il più grande rischio di catastrofe globale non è più questo, è più simile a questo. (indica un Coronavirus sullo schermo) Se qualcosa ucciderà 10 milioni di persone nei prossimi decenni è più probabile che sia un virus altamente contagioso, piuttosto che una guerra».* Aveva

previsto tutto, anche il tipo di virus, con una sola «imprecisione», l'epoca dell'accadimento: non sono passati decenni, ma solo un lustro e la COVID19 è tra di noi. Si poteva dunque evitare la tragedia della COVID19? Beh.... Evitare forse no. Ma prevedere forse sì, e fronteggiare meglio, sicuramente sì. Nessuno, almeno in Italia, ha tirato fuori il piano pandemico ed il COVID19 ci ha colti impreparati. E così mentre è da tempo obbligo di legge il «corso antiincendio» per dipendenti pubblici e privati (con tanto di esercitazioni...) ed in tutti i corridoi degli ospedali e di molti uffici ed edifici pubblici e privati è stato allestito il «corner antiincendio» con caschi, tute, estintori, poster con le direttive comportamentali e quant'altro, di fronte alla COVID19 ci siamo trovati senza mascherine, tute, occhiali e senza un piano prestabilito per il territorio, per gli ospedali e per le RSA. A dire il vero, il Governo italiano ha decretato, alla fine di gennaio, lo «stato di emergenza», ma per oltre un mese gli unici due provvedimenti presi sono stati il blocco dei voli dalla Cina (ma solo diretti, perché dalla Cina non si può arrivare se non con voli diretti!) e l'invio alla Cina, a metà febbraio, a cura del nostro Ministro degli esteri, di due tonnellate di mascherine....tanto a noi non sarebbero mai servite... Ed infatti, dopo circa una settimana....il paziente 1 a Codogno....la prima zona rossal'ospedale di Alzano Lombardo... e poi il lockdown nazionale (il primo in assoluto in un paese occidentale democratico)....i medici e gli infermieri in prima linea e senza le protezioni adeguate....l'immane stress delle terapie intensi-

ve... decine di migliaia di morti.....le bare portate via dai camion militari..... Acqua passata. Sta a noi evitare il reflusso con i nostri comportamenti.

Il morir soli in era Covid19: un dramma anche per la medicina

“Non ha forza la mia carne, non può entrare in un deserto vago, senza guida....Stringo chi è più mio. Non muoio disperato, se vi sento qui, vicine. Fatevi colonne, figlie, ai miei fianchi. Radicatevi a me, radice vostra....Figlie, da quest'ora non avrete padre. Il mio io s'è disfatto....ma esiste un'unica parola, che premia ogni durezza della vita: l'affetto”
(Sofocle, Edipo a Colono)

Il queste parole che Edipo, il re di Tebe, esule in terra straniera, rivolge alle figlie Ismene ed Antigone che lo assistono sul letto di morte, c'è tutto l'insopprimibile bisogno di affetto che pervade l'uomo nell'ora del trapasso e, specularmente, il dramma del morire soli, senza le carezze, gli sguardi, le parole, il conforto dei propri cari. La morte da COVID19, in quanto morte solitaria, è un dramma per chi muore e per i famigliari. Ma

a ben riflettere questo dramma investe anche la Medicina che mentre cura il paziente con COVID 19 è costretta ad isolarlo privandolo di quello di cui l'animo umano ha più bisogno nei momenti critici: l'affetto di una persona cara. Tanti temi del fine vita sono stati discussi in ambito medico: il dolore fine a sé stesso ed “inutile”, l'informazione da dare al paziente, l'accanimento terapeutico, il “testamento biologico”. Ma sul morir soli non c'è stato alcun dibattito e, d'altra parte, mai era stato un “tema di attualità” per la medicina moderna. Fino ad ora. Ora la COVID19 ha messo la Medicina di fronte ad una angosciosa, drammatica, “contraddizione”. Pare di rivivere il dramma di Edipo, ancora lui (nell'Edipo re di Sofocle), che salva Tebe risolvendo l'enigma della sfinge, ma la condanna alla rovina per la pestilenza mandata dagli dei per punire il suo re, Edipo appunto, che pur inconsapevole, aveva ucciso il padre Laio e sposato la madre Giocasta: la medicina si prende cura di te, ti salva (il più delle volte), ma in era COVID, nel prendersi cura di te, ti spoglia della tua umanità privandoti dell'affetto dei tuoi cari, anche nel fine vita.



Charles F. Jalabert Edipo lascia Tebe accompagnato dalla figlia Antigone
Museo della Belle Arti , Marsiglia (FR)

Where innovation, nature & great minds meet.



Riva del Garda®
Centro Congressi



Fino a **4.700** mq
aree polifunzionali



Fino a **14** sale
di varia capienza



Fino a **900** posti
Sala Garda

Riva del Garda Fierecongressi S.p.A.
Loc. Parco Lido
38066 Riva del Garda (TN)
+39 0464 570139
meeting@riva.fc.it
www.rivadelgardacongressi.it



Paghi la cena con lo smartphone. Prenoti il tavolo con l'auto.

Nuova Audi A3 Sportback con Audi smartphone interface.



Il futuro è ancora più connesso, con nuova Audi A3 Sportback e le sue tecnologie a bordo di categoria superiore: come Audi smartphone interface, che replica nell'abitacolo il tuo mondo digitale, semplicemente. E con Audi Value puoi avere Audi A3 Sportback 1.5 TFSI S tronic Business Advanced a 199 euro* al mese, con le prime tre rate incluse. Scoprila nel nostro Showroom e su audi.it

What a time to be an Audi.

TAN 3,19% - TAEG 4,28%

*A3 Sportback 35 TFSI S tronic Business Advanced a € 33.081,59 (chiavi in mano IPT esclusa - compresa estensione di garanzia "Audi Extended Warranty" 1 anno / 60.000 km, grazie al contributo delle Concessionarie Audi che aderiscono all'iniziativa. Prezzo applicato solo nel caso di acquisto della vettura con finanziamento Audi Financial Services. Prezzo di listino IVA inclusa € 36.280) - Anticipo € 10.484 - Finanziamento di € 22.897,59 in 23 rate da € 199 comprensive dei seguenti servizi in caso di adesione: Premium Care 24/30.000 Km Eur. 0. Interessi € 1.357,52 - TAN 3,19% fisso - TAEG 4,28% - Valore Futuro Garantito pari alla Rata Finale di € 19.678,11 - Spese istruttoria pratica € 300 (incluse nell'importo totale del credito) - Importo totale del credito € 22.897,59 - Spese di incasso rata € 2,25/mese - costo comunicazioni periodiche € 2. Imposta di bollo/sostitutiva € 57,24 - Importo totale dovuto dal richiedente € 24.368,35. La promozione commerciale denominata "PCP a rate rimborsate" prevede, a titolo di ulteriore sconto sull'acquisto del veicolo, il rimborso al Cliente da parte della stessa Volkswagen Group Italia S.p.A. delle prime tre rate del Contratto di Finanziamento, posto che esse siano state pagate integralmente e con puntualità. Informazioni europee di base/Fogli informativi e condizioni assicurative disponibili presso le Concessionarie Audi. Salvo approvazione Audi Financial Services. Offerta valida sino al 31/08/2020. L'immagine è da intendersi puramente indicativa.

A3 Sportback 35 TFSI S tronic Business Advanced. Consumo di carburante (l/100 km) ciclo combinato (WLTP): 5,6 - 6,2. Emissioni CO₂ (g/km) ciclo combinato: (WLTP) 128 - 142; (NEDC) 109 - 115. I valori indicativi relativi al consumo di carburante e alle emissioni di CO₂ sono rilevati dal Costruttore in base al metodo di omologazione WLTP (Regolamento UE 2017/1151 e successive modifiche e integrazioni). Eventuali equipaggiamenti aggiuntivi, lo stile di guida e altri fattori non tecnici, possono modificare i predetti valori. Per ulteriori informazioni sui predetti valori, vi invitiamo a rivolgervi alle Concessionarie Audi. È disponibile gratuitamente presso ogni Concessionaria una guida relativa al risparmio di carburante e alle emissioni di CO₂, che riporta i valori inerenti a tutti i nuovi modelli di veicoli.

Dorigoni

Via di San Vincenzo, 42 - Trento - Tel. 0461 381 200
www.dorigoni.com - vendita.audi@dorigoni.com

Via Parteli, 8 - Rovereto - Tel. 0464 038 888
www.dorigoni.com - vendita.rovereto@dorigoni.com