

COVID experiences

Introduzione

Erik Lagolio

SIMG Varazze

Ogni esperienza significativa merita una riflessione. La pandemia da COVID-19 ha drasticamente modificato le nostre abitudini professionali. Il COVID-19 ha fatto emergere debolezze e virtù di un Sistema Sanitario che, nonostante sia fra i migliori al mondo, è pur sempre migliorabile. Sarebbe un incredi-

bile spreco non sfruttare questo particolare momento storico per cogliere l'opportunità di indagare a caldo, ma pur sempre guidati dalla ragione, il fenomeno che stiamo vivendo. Attraverso il vissuto di colleghe e colleghi che in situazioni molto diverse hanno affrontato le conseguenze dirette e indirette del

“problema COVID-19” cercheremo di generare un momento di riflessione e di apprendimento da un evento negativo. E lo faremo non solo appellandoci alla razionalità e alle competenze cognitive, ma facendo anche e soprattutto riferimento all'aspetto emozionale, tanto del Medico quanto del paziente.

Sicilia - Morire di o per COVID-19?

Gaspare Giacomelli

SIMG Palermo

Esistono tanti appuntamenti. Appuntamenti d'amore, segreti o alla luce del sole, appuntamenti con la parrucchiera, con il dentista... ma, tra tutti, c'è un appuntamento che è sempre opportuno rinviare: quello con la morte.

Vincenzo (nome di fantasia), invece, ha dato alla morte indirizzo e orario preciso per poterlo incontrare. È un umile lavoratore che ama correre per gli altri e detesta l'idea che gli altri corrano per lui. Un simpatico settantenne che ama la vita, con una storia di tumore del colon retto, tanti cicli di chemioterapia addosso, dei vestiti che nascondono una stomia sull'addome e un sorriso perenne sul volto che nasconde la

sua sofferenza fisica. Ha imparato negli anni l'arte della dissimulazione. Dissimulare i sentimenti amari per non far preoccupare i suoi familiari. Dissimulare e minimizzare anche qualunque suo malessere, qualunque fastidio.

La domenica pomeriggio in cui senti una fitta al petto e fu allertato il 118, congelò l'ambulanza medicalizzata con un paio di firme di rifiuto per il trasporto in Pronto Soccorso. Minimizzare ed evitare l'accesso in ospedale è spesso una delle tante facce dell'ipocondria, ma in questo particolare momento storico non è l'unica ragione che ha spinto Vincenzo a cominciare a prendere contatti con la morte. L'ospedale del suo

paese è stato convertito in un centro COVID e lì, lui, non ci voleva andare. Non vuole entrare nella tana di quella bestia e rischiare di contrarre quell'infezione di cui tutti parlano e ancor meno che a rischiare siano i suoi figli per lui. Lui che un combattimento con una bestia cattiva l'aveva già affrontato e dal quale era uscito ferito ma vincitore. Gli operatori sanitari gli spiegarono chiaramente che il suo problema non aveva nulla a che vedere con il coronavirus e che necessitava di trasporto in un ospedale maggiore. L'elettrocardiogramma effettuato a domicilio non escludeva la possibilità che si stesse trattando di infarto. Un dolore al petto e la parola “infarto” pronunciata da un medico

Conflitto di interessi

Erik Lagolio, Gaspare Giacomelli, Gabriella Pesolillo, Valeria Gorgoretti, Martina Musto, Paolo Bernuzzi e Gaetano D'Ambrosio dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: COVID experiences. Rivista SIMG 2020;27(3):8-12.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

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

del 118 normalmente risvegliano l'istinto di sopravvivenza di qualunque paziente.

Vincenzo, no. Non ne vuole sapere.

Troppo il bisogno di minimizzare quel dolore e il desiderio di non uscire di casa, troppo il timore di correre più rischi in ospedale, troppo il senso di protezione verso i suoi cari.

L'indomani mattina manda la figlia dal suo medico curante con l'incarico di richiedere una ricetta per una visita cardiologica ed elettrocardiogramma urgenti. Il dolore è continuo, ma sopportabile. Non ha neanche più bisogno del paracetamolo per contrastarlo. Il martedì mattina si presenta allo studio del suo cardiologo ambulatoriale di riferimento. Si conoscono da 30 anni. Attorno a lui pochi pazienti, per lo più in attesa del rinnovo di un piano terapeutico. Vincenzo attende con la copia del referto del 118 di due giorni prima stretta tra le mani. All'improvviso il foglio gli scivola via,

ma prima che questo tocchi il pavimento, Vincenzo è già caduto a terra bruscamente. Il genero al suo fianco comincia a gridare aiuto. Il cardiologo sospende la visita in corso, esce dall'ambulatorio e chiede supporto al collega della stanza vicina. Presente in quel poliambulatorio, in servizio in quel momento, il medico del punto di primo intervento che è esattamente il narratore di questa triste vicenda. Il paziente è asistolico, i due colleghi invece di battiti ne hanno in abbondanza. Con l'adrenalina addosso, si alternano nelle manovre rianimatorie in attesa che l'infermiere reperisca il defibrillatore. Il paziente rinviene parzialmente e ricarica di energia i due soccorritori, che intanto collegano l'ossigeno ed eseguono un tracciato ECG che mostra i chiari segni di un infarto subacuto in corso già da troppe ore. Arriva l'ambulanza più vicina ma non basta, si aspetta la medicalizzata. Istanti dilatati, minuti lentissimi.

Il collega del 118 e parasanitari arrivano correndo fino al paziente. Fermano le loro gambe per dare il cambio alle braccia. E si ferma intanto anche il cuore del paziente che nuovamente collassa. Viene collegato il defibrillatore, ma non si ottiene nessun risultato.

La morte è venuta a prenderlo. Ha rispettato puntuale l'appuntamento concordato. Giungono i familiari. Pianti e scene di disperazione attorno al signor Vincenzo. L'amarrezza nel constatare che forse si sarebbe potuto salvare. Le mie braccia tremano stanche, torno al mio punto territoriale di primo intervento. Nella mia testa il pensiero che il coronavirus ha tenuto lontano dall'ospedale un paziente che in area di urgenza doveva assolutamente andare. Non è morto di COVID. È morto per il COVID e per la paura di poterlo incontrare. E questa volta l'appuntamento con la morte, forse, si poteva proprio rinviare.

Abruzzo - COVID-19: criticità o opportunità?

Gabriella Pesolillo¹, Valeria Gorgoretti²

¹ SIMG Chieti; ² SIMG Pescara

Quando Enrico (nome di fantasia), infermiere presso l'Ambulatorio della Medicina di Gruppo in cui lavoro da pochi mesi come MMG nonché infermiere presso una RSA di un paese vicino, ci disse che non stava bene, che aveva la febbre, che si sentiva stanco ma in fondo non così male, fu evidente a tutti che SARS-COV2, nonostante tutto, era riuscito a infiltrarsi furtivo tra noi. Avevamo familiarizzato con l'idea, triste, dei nostri pazienti risultati positivi al tampone. Eravamo anche abituati a ricominciare, spessissimo, il conto alla rovescia dei fatidici 14 giorni dopo ogni contatto con un caso certo. Ma quando il virus sfondò la barricata e valicò la linea di confine, ci pervase un sentimento diverso: la consapevolezza della nostra vulnerabilità.

Tutti noi avevamo messo in conto l'ipotesi di un contagio ma quando questo avvenne non ci trovò preparati. Tutti i tentativi di limitare i contatti non necessari, le precauzioni

imposte e così difficili da far rispettare ai nostri pazienti, abituati da sempre ad accedere ai nostri ambulatori senza limiti dalle 8 alle 20, tutti i dispositivi di protezione individuali reperiti con così tante difficoltà non erano stati sufficienti a proteggere noi e, attraverso noi, i nostri stessi pazienti.

L'esito del tampone di Enrico non tardò ad arrivare così che nel giro di pochi giorni fummo travolti in prima persona dagli ingranaggi della macchina anti COVID-19.

Quella di cui vi parlo è una bellissima realtà. Una grande struttura, sita in un antico franco sulle colline abruzzesi più note per il loro prestigioso ulivo, che raccoglie quasi tutti i medici (ben 10) di un territorio che comprende 3 centri abitati e ben 16.000 utenti. Quasi l'intera comunità afferisce per le cure primarie in questa struttura che, da un momento all'altro, sembrava essersi trasformata in una polveriera pronta a esplodere. Nel pieno della fase pandemica, quando il

sistema faceva fatica ad arginare la marea montante di contagi e pazienti critici, fummo costretti a prendere una decisione: chiudere l'intera struttura per evitare la diffusione del contagio da quello che era sempre stato il cuore pulsante delle cure primarie sul territorio. Ogni medico, individualmente, avrebbe continuato l'attività nel proprio ambulatorio decentralizzato e, nonostante a nessun cittadino sia stato mai sottratto il diritto alle cure, questa nuova realtà imposta dall'emergenza ha segnato tutti noi e, irrimediabilmente, i nostri pazienti.

CHIUSO. CONTATTARE TELEFONICAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE

Così, per la prima volta in tanti anni, gli abitanti del luogo hanno perso un punto di riferimento e noi medici, abituati al costante confronto, al lavoro d'equipe e alla condivisione, ci siamo trovati a elaborare nuove strategie di relazione.

I nostri pazienti hanno dovuto adattarsi in questi mesi a un nuovo e, in certi aspetti, rinnovato rapporto col proprio medico di famiglia.

- **Fiducia:** abbiamo chiesto ai nostri pazienti di accettare un'assenza fisica, prima assolutamente inimmaginabile.
- **Cambiamento:** abbiamo chiesto ai nostri pazienti di accettare lunghe conversazioni telefoniche, videochiamate, scambi di immagini, documenti e referti secondo modalità per molti poco immediate.
- **Presa in carico:** per mesi i nostri pazienti cronici sono stati solo nostri, abbiamo gestito la cronicità e le sue riacutizzazioni autonomamente, acquisendo ai loro occhi un nuovo apprezzato ruolo.

Questa pandemia ci ha dato un'opportunità unica, quella di ristabilire la centralità del nostro ruolo.

La chiusura temporanea della nostra strut-

tura ha fatto ancora di più. Ha dato alla popolazione la misura del tempo, delle attenzioni e della dedizione che un centro di cura periferico assicura ai propri assistiti. Enrico è stato dimesso dall'ospedale e sta bene.

Nessuno di noi ha manifestato i sintomi della malattia e la struttura, dopo opportuna sanificazione, è tornata pienamente operativa pur mantenendo una modalità di accesso diversa da quella dell'era pre-pandemica. E ciò che alla fine NON ci ha stupito è come i pazienti abbiano saputo adattarsi al cambiamento necessario, fatto di lunghe conversazioni telefoniche, videochiamate, scambi di immagini, documenti e referti secondo modalità per molti poco immediate.

Quale sarà, quindi, il nostro prossimo futuro? Se da una parte l'eterogeneità della popolazione afferente ci ha confermato come la medicina generale tradizionale sia ancora

a misura di chi, come i pazienti più anziani, ha obiettiva e giustificata difficoltà ad accettare e accedere a servizi informatizzati e multimediali, dall'altra parte è risultato evidente come il mondo della telemedicina aspetti solo di essere ulteriormente strutturato per essere proposto come canale preferenziale alla popolazione più giovane, che intuisce e apprezza l'immediatezza, l'efficienza in termini di tempo e risultati di una rete integrata sul territorio che muove le informazioni diagnostiche essenziali e non il paziente.

È quindi lecito chiedersi se ciò che contraddistingue da sempre la medicina generale, ovvero la facile accessibilità all'utente, si materializzi, oggi, in una porta sempre aperta o in un approccio innovativo, digitale, che riorganizzi la rete assistenziale sanitaria tra medico e paziente.

Veneto - Imparare a navigare nel mare dell'incertezza

Martina Musto

SIMG Venezia

Ricordo bene la sera di venerdì 21 febbraio; ero in procinto di terminare una settimana di lavoro intensissima, mi mancava solo un'ultima visita domiciliare.

Ero esausta, ma anche felice.

Dopo due giorni sarei dovuta partire per una tanto sospirata vacanza con la mia famiglia, invece quella sera il COVID-19 è esploso nelle nostre vite private e professionali. Peggio: era arrivato letteralmente "sotto casa", perché il Veneto, come la Lombardia, ospitava i focolai iniziali dell'epidemia. Ci eravamo illusi, nelle settimane precedenti lo scoppio dell'emergenza, che applicare diligentemente i protocolli di sorveglianza ci mettesse al riparo da una epidemia che probabilmente già da molto tempo circolava nei nostri territori; ed è stato chiaro, quasi da subito, che andare alla ricerca di un link epidemiologico spesso fosse inutile perché molti pazienti semplicemente non lo avevano.

Sono stati giorni convulsi.

I problemi da affrontare erano numerosi: dalla mancanza di DPI, alla necessità di riorganizzare gli accessi e di mettere in sicurezza i locali dello studio; bisognava poi pensare alle modalità per garantire comunque un'assistenza adeguata ai pazienti e studiare i protocolli di gestione dei soggetti con sospetto COVID (che si modificavano inevitabilmente con la medesima rapidità con cui l'infezione si diffondeva)

A complicare il tutto, l'immane carico di cervellotiche incombenze burocratiche.

Ho la fortuna di lavorare in una struttura ben organizzata: siamo dieci medici coadiuvati da collaboratrici di studio e infermieri, i quali sono stati indispensabili nell'aiutarci a mettere in atto le inevitabili (e dolorose) procedure di filtro degli accessi allo studio. Abbiamo spazi che abbiamo adibito all'isolamento e alla valutazione di eventuali pazienti che si fossero presentati in studio

con sintomi compatibili per COVID (molto pochi in realtà e solo durante le prime fasi dell'emergenza).

Mi sono spesso trovata a pensare a quanto possa essere stato complicato gestire tutte queste problematiche in contesti diversi dal mio, che sono d'altronde i contesti in cui lavora la maggior parte dei medici di famiglia in Italia; in un mondo ormai globalizzato la Medicina Generale deve essere pronta a sostenere, oltre al carico delle cronicità, anche il possibile avvento di una pandemia. Può e deve farlo!

A patto che gliene venga data la possibilità e fornite le risorse. In Veneto questo è stato fatto, seppur tardivamente e non senza problemi, dal momento che dalla metà di marzo ci è stata data la possibilità di richiedere i tamponi per tutti i pazienti con sintomi suggestivi per COVID, a prescindere dalla presenza o meno di contatti a rischio e senza necessità di vaglio dei Servizi di Prevenzione.

Questo ci ha dato la possibilità di intercettare pazienti anche con sintomi lievi e la reale capacità di arginare l'estendersi dell'epidemia; quello che più ho trovato difficile è stato diagnosticare una malattia di cui sapevamo poco o nulla, con manifestazioni cliniche che spesso erano differenti da quanto descritto in una letteratura che si stava costruendo in quei giorni, basata per lo più su segnalazioni e dati provenienti dalla Cina, con tutte le possibili variabili interpretative tra l'altro riferite a una popo-

lazione con caratteristiche genetiche profondamente diverse dalle nostre. Sarebbe stata una sfida affascinante, se non stessimo parlando di un immane tragedia e di migliaia di decessi.

Unico rammarico: se ci fosse stata data prima questa possibilità, saremmo stati ancora più efficaci.

Nell'emergenza abbiamo potuto inoltre sperimentare la tanto sperata istituzione di una rete "ufficiale" di comunicazione con i colleghi specialisti che, in un clima di reale ed

efficace collaborazione, ci ha permesso di prenderci cura dei nostri pazienti più fragili risparmiando loro rischiosi spostamenti.

Credo che da questa crisi il SSN seppur messo a dura prova possa trovare nuova linfa per ripensare se stesso, sviluppando quei processi che si sono dimostrati efficaci e virtuosi nella gestione dei problemi durante questa fase, rendendoli fruibili anche quando torneremo alla normalità, sapendo valorizzare quella che si è rivelata essere la sua più grande risorsa: i suoi operatori.

Liguria - USCA: un viaggio nella quarantena

Paolo Bernuzzi, Francesca Piantelli

SIMG Savona

Ai primi di marzo abbiamo ricevuto una mail dall'ASL2 Savonese in cui ci veniva chiesta la disponibilità a far parte dei GSAT (Gruppi Strutturati di Assistenza Territoriale).

I GSAT, nome ligure delle USCA, sono delle unità composte da medico e infermiere che, dotati di tutti i DPI necessari, si recano a domicilio viaggiando su di un'ambulanza dedicata.

I compiti erano chiari:

- eseguire i tamponi ai pazienti sintomatici e ai loro conviventi, agli ospiti delle RP ed RSA;
- visitare a domicilio i pazienti in sorveglianza telefonica che avessero lamentato un aggravamento del quadro sintomatologico;
- visitare i pazienti COVID dimessi dagli ospedali.

Durante le prime settimane l'entusiasmo ha aiutato a superare gli inevitabili problemi organizzativi e a sopportare la mole di lavoro. I turni si protraevano ben oltre le dodici ore ed era facile arrivare a coprire sei-settecento chilometri in una giornata.

Non è stato facile trovare il modo di guadagnare la fiducia dei pazienti, nascosti come eravamo dentro alle nostre tute da astronauti. Abbiamo dovuto inventare, così bardati, un nuovo modo di comunicare con il malato e un nuovo lessico per sfondare le distanze

imposte dalla cautela e accogliere i timori e la stanchezza di chi, in isolamento, aveva in noi l'unico contatto reale con il sistema sanitario.

Siamo stati i primi medici a visitare questi pazienti che presentavano sintomi da diversi giorni; e già nel mese di marzo abbiamo dovuto inviare molti di loro in pronto soccorso poiché spesso il quadro clinico era già compromesso.

Le uniche armi che avevamo (a nostra disposizione) erano il saturimetro e le parole di conforto.

Nutrivamo in cuor nostro la speranza che queste fossero capaci di contenere l'angoscia dei pazienti e in qualche modo sufficienti a ribadire che isolamento non è sinonimo di abbandono.

L'attività frenetica non ci ha impedito di cercar di offrire un servizio quanto più efficace e completo possibile, basato sulle evidenze scientifiche e sui suggerimenti delle principali società scientifiche e degli enti internazionali di giorno in giorno aggiornati. Forse l'esempio più rappresentativo può essere quello della terapia domiciliare: uno schema (che poteva comprendere idrossiclorochina, enoxaparina, betametasona e una copertura antibiotica) che è stato modificato più volte nel corso della pandemia alla luce dei nuovi studi pubblicati.

La situazione è migliorata gradualmente nelle settimane successive, in cui siamo

stati in grado di intervenire già nei primi giorni dall'esordio della sintomatologia grazie alla sollecita collaborazione dei medici di famiglia.

È stata, inoltre, prevista la possibilità di eseguire prelievi ed esami ematici per pazienti con situazioni più complesse; è stato aperto un canale di confronto diretto con i MMG per attivare uno scambio di informazioni utili alla gestione del malato e alla condivisione di proposte e idee; un circolo virtuoso che attualmente ci porta a seguire anche pazienti che necessitano di controlli per patologie croniche e che in questo periodo si trovano in grande difficoltà.

Guardiamo con interesse alle esperienze dei colleghi di altre realtà italiane e facciamo nostri gli spunti migliori, anche se questa frammentazione territoriale ci sembra l'occasione mancata di una grande regia nazionale. Come medici impegnati anche nella continuità assistenziale cogliamo appieno quanto il rapporto ora nato sul territorio tra USCA e MMG potrebbe essere esteso alla CA, con miglioramento degli standard di lavoro per tutte le figure coinvolte e benefici per il malato.

Solo in rete e comunicando (davvero), possiamo vincere la sfida del territorio; ignorare questo ci impedirà di coltivare ciò che di buono questa emergenza sanitaria ci ha lasciato.

Conclusione

Gaetano D'Ambrosio

SIMG BAT

La pandemia di COVID-19 è stata una grande occasione di apprendimento per tutti gli operatori sanitari e in particolare per noi medici di famiglia che, nell'arco di poche settimane, abbiamo dovuto non solo imparare a conoscere una nuova malattia nei suoi aspetti epidemiologici e clinici ma anche modificare profondamente e rapidamente l'organizzazione del nostro lavoro, ridefinire il rapporto e le modalità di comunicazione con gli assistiti, familiarizzare con l'utilizzo di strumenti informatici e telematici con i quali noi stessi

e i nostri pazienti non sempre avevamo dimestichezza.

Tutto questo in un contesto emotivo caratterizzato dalla necessità di confrontarci con i timori e le ansie degli assistiti, spesso alimentate da false informazioni, e con il nostro stesso disagio nell'affrontare il rischio del contagio e la possibilità di estenderlo a collaboratori e familiari.

I racconti dei nostri colleghi sono una esplicita e palpitante esemplificazione di questi complessi fenomeni e una testimonianza delle difficoltà ma anche delle opportunità

che possono emergere da una fase di crisi come quella che stiamo attraversando.

Molte delle riflessioni che scaturiscono da queste esperienze, infatti, possono essere interpretate come occasioni di crescita professionale e nel loro complesso rendono evidente l'improcrastinabilità di una riorganizzazione delle cure primarie che le renda finalmente una vera rete assistenziale dotata di flessibilità operativa e in grado di gestire il carico crescente della cronicità e della fragilità ma anche di fronteggiare efficacemente l'emergenza di un evento epidemico.