

Roberto Amici, Medico Comitato partecipazione cittadini INRCA, Ancona

Astronavi COVID e territorio: qualche riflessione

Premessa

Ho finora evitato di impegnarmi in modo consistente sui problemi connessi con la pandemia e la sua gestione. Per tre motivi. Il primo: c'è chi sa più di me e lo fa meglio, ad esempio Claudio Maffei, Fabio Ragaini, Franco Pesaresi; il secondo: chi decide (il presidente della Giunta & c.) se ne infischia di chi oppone, se necessario, ragioni serie alle decisioni assunte; il terzo: i media (scritti e non) appaiono sostanzialmente prони al Palazzo, a loro volta infischandosi del bene dei cittadini e della buona informazione. E non c'è nulla di più frustrante che fare osservazioni, critiche, proposte concrete sulla base di dati oggettivi se chi dovrebbe valutarle neanche le legge. Mi sono così finora limitato a raccogliere meticolosamente i dati (disponibili) nazionali, regionali e internazionali e a dare un modesto contributo ad un documento dei Comitati di partecipazione dei cittadini, ovviamente ignorato del tutto da Ceriscioli e dalla stampa.

Di fronte all'impegno di colleghi e amici che stimo, sento ora il desiderio di dire anche la mia. Non in 140 o 280 caratteri, perché l'argomento è talmente serio che non si può ridurre ad una battuta: di questo vedo che sono capaci molti twittatori seriali di alto rango istituzionale nazionale, sebbene di discutibile livello etico ed intellettuale. Se poi qualcuno vorrà leggere ne sarò lieto, altrimenti.....pazienza: sarà almeno servito a me stesso per cercare di capire meglio gli avvenimenti.

1) Le istituzioni

Oggi tutti sapevano tutto, avevano previsto tutto, la Cina "sapeva e non ha detto", le chiusure, le aperture, il ruolo dell'OMS, le lobbies farmaceutiche. I narcisi televisivi, i tecnici sì i tecnici no, gli "opinionisti" tuttologi. Lo spettacolo però stavolta "non" deve andare avanti. Ormai la pandemia è esplosa e di certo l'Italia, pur con qualche zoppia, non è stata quella che è partita più tardi (gli esempi non potevano certo essere gli USA, il Brasile, la Gran Bretagna). E' ora però che le istituzioni tutte partecipino ad un coro unico: incredibile vedere le Regioni contro il Governo, i Comuni contro le Regioni e contro gli altri comuni, le Regioni contro le Regioni. E molti in prima fila a sproloquiare in TV. C'è ragionevolmente da chiedersi quale classe dirigente abbiamo scelto (della scelta abbiamo colpa tutti) e se essa si comporti con disciplina ed onore come prevede la Costituzione (art. 54).

2) I dati e le decisioni

La speranza si fosse finalmente compreso che le decisioni devono essere assunte sulla base dei dati è andata presto delusa. Per comprendere l'andamento dell'epidemia, quali dati? Sono 2 fondamentalmente e non tanto complicati: la densità nella popolazione (numero di casi x 100mila abitanti) e la percentuale settimanale di nuovi casi; quindi il numero assoluto conta relativamente poco. Ciò vale per le Nazioni, per le Regioni, per le province; per i comuni e per i singoli focolai il rapporto fra i due va analizzato in relazione alle specificità dei cluster. Sono i dati giustamente messi in evidenza dal GIMBE, più immediati e da tutti fruibili rispetto al decantato R0, che tutti ormai sanno cosa significhi, ma che è difficile capire su quali elementi si costruisca (e chi lo certifichi)*. Esso inoltre fotografa, come dice lo stesso ISS, la situazione di circa 15 giorni prima per il calcolo di tutti i parametri necessari. Per valutare gli effetti, la letalità è un dato molto rilevante. Pur tenendo conto che il numero reale dei contagiati è sconosciuto e che anche quello del numero dei morti è discutibile (morti "per", morti "con", morti a domicilio), comunque bisogna basarsi su ciò che è noto e non su stime che sono inevitabilmente ancora più aleatorie. Ad esempio il raffronto con i

dati ISTAT degli anni precedenti è un dato oggettivo. Perfino il numero dei “guariti” risulta di difficile valutazione: la Lombardia ha catalogato a lungo come tali i dimessi (quindi senza l’accertamento di una acquisita negatività dei tamponi di controllo), alterando notevolmente i dati nazionali visto il peso del numero assoluto dei contagiati in quella regione (oscillante intorno al 40% del totale). Ovviamente per le misure da prendere nelle fasi successive c’è bisogno anche di altri dati. E’ inoltre accaduto e sta accadendo, soprattutto da parte delle Regioni in questa fase, che le decisioni non tengano conto dei dati. Ma anche da parte del governo che non ha tenuto conto (il 4 maggio) dell’enorme differenza esistente dell’andamento dell’epidemia in Regioni diverse: ad esempio Piemonte, Lombardia, Liguria, Veneto rispetto a Calabria, Basilicata, Sardegna, Umbria. Se stabilisci che non si può uscire dalla Regione, non esiste alcun motivo per cui il secondo gruppo debba avere le stesse regole del primo. Tornerò sui dati per mostrare però anche come essi sfatino alcuni luoghi comuni sui siti più colpiti.

3) Ospedali COVID, Terapie intensive e “astronavi” (e rapporto con i dati)

Su ciò ha detto e scritto tutto e benissimo Claudio Maffei. La stranezza è che mentre alcuni giornali hanno criticato aspramente la Lombardia per il suo fantasmagorico ospedale fieristico, rivelatosi inutile, c’è stata molta accondiscendenza verso il fratellino minore di Civitanova. Altrettanto inutile. Solo in estrema sintesi: meglio predisporre terapie intensive utilizzando le strutture esistenti (che sono ovviamente diffuse nel territorio); al momento della decisione era già evidente la curva epidemiologica (peraltro prevedibile sulle esperienze storiche) che avrebbe reso inutile l’impresa; assenza/insufficienza dei supporti diagnostici necessari ad una terapia intensiva e immediatamente disponibili (radiologia, laboratorio analisi ed altro ancora) e distanza da altri professionisti/competenze che sono necessari essere in situ per pazienti complessi e con polipatologie; necessità di personale competente/preparato (nuovo? Da prendere da dove? Depauperando altre strutture?); bisogno invece assoluto di intervenire sull’assistenza territoriale (se ne parlerà poi). Allora si è detto: servirebbe nel caso di una nuova ondata. Se ciò può essere un pietoso velo per nascondere che si è trattato di una sciocchezza (costosa: le donazioni potevano essere utilizzate altrove e molto meglio), non può mettere in ombra le obiezioni precedenti. Non posso non notare che mentre Bertolaso scendeva maestosamente dall’elicottero e incontrava un pericoloso assembramento di maggiorenni locali, i medici di medicina generale erano abbandonati a loro stessi, gran parte degli operatori dell’emergenza territoriale erano sprovvisti non solo dei DPI necessari ma delle mascherine chirurgiche, stessa cosa per quelli che in Ospedale dovevano trattare i pazienti contagiati e i sospetti, i pazienti con altre patologie non trovavano più luoghi e personale per curarsi (anche oncologici, cardiopatici ecc.). E sono solo alcuni esempi. Se poi, “per far riprendere agli altri ospedali le loro usuali attività”, si ha intenzione di deportare forzatamente i residui malati gravi a Civitanova, davvero saremmo al confine della realtà, trattandosi di una scelta pericolosa: soprattutto per i pazienti. Ma anche per il senso del ridicolo. E’ la dimostrazione definitiva che non si ha alcuna conoscenza di cosa sia il percorso clinico di un malato (e di questo tipo di malato!), dei suoi bisogni diagnostico-terapeutici e psicologici. E non si ha alcun rispetto per lui, che non è “un pacco” da trasportare per tentare di dimostrare l’utilità di una scelta inutile. Se invece si vuole davvero pensare al futuro, per una eventuale seconda ondata si deve predisporre un piano molto più razionale, anche se meno spettacolare, e certo più efficace.

4) I dati e la loro interpretazione

Qual è la Regione italiana più colpita? Quale la Nazione? Chi fa più tamponi? Che rapporto c’è fra numero dei tamponi eseguiti e risultati in termini di salute? Il numero dei morti (comunicati) è un indicatore certo dell’(in)efficacia della risposta sanitaria? Tutti i dati (nazionali, regionali e internazionali) sono costruiti con criteri omogenei? L’acronimo RSA, Residenza Sanitaria Assistenziale (e i dati relativi, quindi), significa

ovunque in Italia la stessa cosa? I positivi comunicati giorno per giorno sono relativi ai tamponi effettuati lo stesso giorno o invece a quelli dei giorni precedenti? E se c'è un intervallo temporale fra tamponi e risultati, è uguale in tutte le Regioni? Impossibile dare risposte a tutti i quesiti, anche se la loro numerosità (e l'elenco è incompleto) dimostra la complessità del problema e la superficialità di chi crede che esistano soluzioni semplici. Intanto provo a dare qualche risposta. Potrà sorprendere ma la Regione più colpita è la Val d'Aosta (numero di casi per 100mila abitanti), la Nazione più colpita il Belgio (dopo S. Marino...); la Regione con l'incremento maggiore oggi (9 maggio) è il Molise, seguita a ruota da Liguria e Piemonte; quella con la più alta letalità (decessi per casi diagnosticati) è la Lombardia (oltre il 18%: quasi 20 su 100!), seguita al secondo posto dalle Marche (quasi il 15%: "solo" 15 su 100 pazienti sono deceduti!). Come spiegare la diversa letalità fra Lombardia e Marche e quella molto inferiore di Toscana, Lazio, Veneto (e non solo) sarà un tema interessante da approfondire. E come spiegare la diversità dell'Italia con la Germania dovrà essere oggetto interessante di studio, non potendosi reggere solo sul confronto con l'età della popolazione. E la mortalità (decessi su 100mila abitanti) pone al primo posto la Lombardia, con Val d'Aosta subito dietro, e poi Emilia R., con Trento, Marche, Bolzano, Veneto subito appresso. Qualche domanda sulle "eccellenze" vere o presunte bisognerà pur farsela. Sull'efficienza degli ospedali e, vivaddio, su quella della medicina del territorio. E il numero dei tamponi risolve la questione? Più tamponi migliori risultati? L'Italia, per numero di abitanti, è dietro solo a Spagna, Belgio, Portogallo e Irlanda e ne ha fatti molti di più di USA, Gran Bretagna, Francia, Germania. Va detto: in Italia con differenze consistenti da Regione a Regione. Dunque i tamponi sono importanti ma non sembra esserci una relazione stretta con l'andamento dell'epidemia. Anche se Zaia (nel Veneto se ne sono fatti molti, ma dietro a Val d'Aosta, Trento e Bolzano) si è fatta una fama a mio parere immeritata di buon gestore dell'emergenza. Ciò, nonostante abbia fatto affermazioni indecenti sulla dieta dei cinesi (inizio pandemia) e sul fatto (pochi giorni fa) che l'attenuazione almeno apparente del virus dimostrerebbe che esso "ha qualcosa di artificiale": tanto per far capire come sia chiaro a questo "governatore" cosa sia il rapporto fra causa ed effetto. Sulla omogeneità delle diagnosi a livello internazionale (a livello nazionale ISS e ISTAT stanno lavorando bene) non ci sono elementi certi, sui tempi dei tamponi non si sa abbastanza, su quanto la mortalità da COVID-19 stia agendo su quella generale (anche rispetto ad altre malattie) i dati ISS e ISTAT cominciano a dare qualche risposta, anche se bisognerà tornarci quando l'emergenza sarà stata superata. Che ci sia stato un incremento della mortalità generale è un dato di fatto, che esso sia enorme nei siti e nelle città più colpite anche, che tale incremento sia minore nell'Italia centrale e praticamente inapparente al sud, pur differenziandosi da Regione a Regione è un altro elemento acquisito. Un dato davvero preoccupante e pure consolidato è che una discreta parte della mortalità in eccesso rispetto agli anni precedenti (vedi Report ISS-ISTAT) non è attribuibile all'epidemia ma verosimilmente ad altre importanti patologie che si sono trovate a non poter usufruire della abituale assistenza (Malattie cardiovascolari, oncologiche, metaboliche ecc). Discutibili poi i dati, anche quelli dell'ISS, sulle RSA: si tratta di strutture che, come già accennato sopra, pur catalogate con lo stesso acronimo, significano cose profondamente diverse da Regione a Regione. Da noi ad esempio non hanno (o non dovrebbero avere) alcun rapporto con le Case di Riposo.

5) Le terapie

Come detto, la letalità nelle Marche è altissima. Prematuro comprenderne tutti i motivi. Se via via i casi sono diminuiti e certamente il distanziamento sociale (meglio sarebbe dire: distanziamento fisico) è stato efficace, così non è accaduto per la letalità (che anzi è via via cresciuta con il crescere dei casi). Qualche analogia con la Lombardia? Bisognerà approfondire ulteriormente ma, se è vero che nelle Marche non è forte la presenza della sanità privata (anche se in notevole crescita da tempo perché facilitata dalla Regione), analoga è la disperante situazione della medicina territoriale, da sempre posta ai margini dai decisori. Inoltre: colpisce non si sia tentato di mettere in rete i siti e i professionisti in prima e in seconda

linea per mettere in comune informazioni, confrontare i trattamenti, valutare i risultati, orientare le terapie rivelatesi più efficaci. Se ciò è accaduto in singoli centri e per lodevoli iniziative individuali, pochi o nulli i rapporti istituzionali fra i vari centri. Certamente il travolgente arrivo di casi gravi ha creato condizioni difficilissime ai medici, agli infermieri e a tutto il personale: essi hanno dovuto fronteggiare con pochi mezzi e inevitabile assenza di esperienza un evento sconosciuto ai più. Lentamente si è cominciato a comprendere meglio i quadri clinici, identificare i tipi di trattamento, sperimentare (e potrebbe essere una scoperta preziosa per una classe medica sempre troppo chiusa nella propria specializzazione) quanto necessario sia dialogare con i portatori di altre competenze. Peraltro in assenza di una regia regionale che facilitasse dialogo e condivisione. Così anticoagulanti, azitromicina, cloroquina, antinfiammatori, plasma ed altro ancora hanno dovuto alimentarsi solo sulla base di esperienze locali, ovviamente su numeri limitati, senza poter essere posti in data base consistenti per valutarne l'efficacia in modo statisticamente significativo. E in ciò i dubbi e le resistenze del Comitato etico non sembrano aver facilitato il cammino.

6) Il comportamento della Regione

Il Presidente della nostra Regione si è posto talvolta in posizione critica nei confronti del Governo, rivendicando quindi una maggiore autonomia decisionale. Per riaffermare un principio di democrazia decentrata? Difficile da sostenere avendo invece, a livello regionale, agito in modo assolutamente autoritario. I tentativi dei cittadini di avere un dialogo costruttivo non solo sono stati disattesi, ma del tutto ignorati. Anche di quelli con una veste istituzionale come i Comitati di partecipazione delle Aziende sanitarie. Scambiati evidentemente per sudditi, non sono stati ritenuti degni neanche di una risposta. E nel contempo il Presidente ha voluto, con la scelta dissennata dell'Ospedale di Civitanova, rimarcare la sua autorità, mettendo in non cale coloro, tecnici soprattutto, ma anche politici e sindacati, che dissentivano con argomentazioni molto robuste dalla scelta. Certo c'è da chiedersi di quale supporto scientifico Ceriscioli si sia servito e quale ruolo gli staff dell'Agenzia Regionale Sanitaria, del Servizio salute e delle Aziende sanitarie abbiano avuto. Si è trattato di accondiscendenza cortigiana verso il potere oppure, e non sarebbe meglio, di insufficiente competenza? Oppure esiste una terza ragione sconosciuta? Credo sia legittimo farsi queste domande. In conclusione il comportamento della Regione è sembrato essere mosso solo dal terrore di una marea montante ingovernabile, che ha spinto verso scelte tecnicamente irrazionali ma anche ben visibili mediaticamente. Ponendo così in seconda linea dati, razionalità e rispetto della democrazia partecipata.

7) Che fare? (Prima che Ceriscioli lo chieda a Bertolaso)

Prima ancora: cosa non fare:

- a) Non inventarsi soluzioni spettacolari ma seguire indicazioni ed esperienze che hanno funzionato.
- b) Non credere che scrivere una DGR abbia risolto i problemi. Soprattutto se in essa non sono rigorosamente indicate le modalità, le risorse, le azioni, le verifiche, i soggetti che dovrebbero lavorare per raggiungimento gli obiettivi. Cioè: se le indicazioni/prescrizioni inserite non costituiscono un vero e proprio progetto concreto con obiettivi e risultati misurabili.
- c) Non farsi spingere dai pur comprensibili interessi economici per dare il via libera, essendo consistente ancora il rischio di una recrudescenza dell'epidemia.

Poi cosa fare:

- d) Seguire con attenzione certosina i dati quotidiani, suddivisi per province, per comuni, per comunità (di lavoro od altro) o, comunque, per aggregazioni stabili di persone avendo a disposizione un cruscotto in grado di rilevare immediatamente nuovi e anche minimi focolai.
- e) Prevedere un sistema informativo che sia in grado di raccogliere dati in tempo reale: quelli già ora rilevati per e dalla Protezione civile, quelli (si spera) ancor più analitici provenienti dagli USCA (vedi poi), un registro dei contagiati (ovviamente rispettando le regole della privacy) per il follow up, per quando i test sierologici saranno considerati sufficientemente attendibili.
- f) Stabilire quanti tamponi è necessario fare e quanti è possibile processarne. Se almeno 250/100mila abitanti, come i tecnici dicono, significa che bisogna farne 3750 circa al giorno. Quindi: accertarsi che esistano risorse adeguate e, se non ci sono, adeguarle (i finanziamenti ora esistono; sarebbe stato intelligente usare i 10-12 milioni di Civitanova). Naturalmente stabilire anche che i risultati siano raccolti in modo omogeneo: tempi di valutazione, di raccolta, di comunicazione.
- g) Definire a chi essi vanno fatti in modo prioritario. 1d. Operatori sanitari e socio-sanitari (per i quali vanno stabilite anche le cadenze di controllo) in servizio negli Ospedali, nelle strutture di cure intermedie, nelle RSA, nelle RP, nelle Case di Riposo e naturalmente nel territorio. Ovviamente fra questi i medici di Medicina generale e chi lavora nei loro studi, i medici della continuità assistenziale e tutto il personale dell’Emergenza territoriale; 2d. Chi vive o lavora in comunità in cui, pur con le misure di distanziamento, è inevitabile esista un rischio di contagio aggiuntivo: ciò che accade nelle Aziende ad alta intensità di personale e nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie prima elencate; 3d. I cittadini che si siano rivolti ad una USCA e per i quali sia stato individuato un possibile contagio (sulla necessità di prevedere uno specifico protocollo da parte delle USCA e, soprattutto, un percorso chiaro per il cittadino si tornerà dopo); 4d. Una volta individuato un nuovo contagiato a tutti i soggetti venuti a contatto con esso, come familiari, amici, vicini, compagni di lavoro ecc. (necessità quindi di un tracciamento accurato, una volta individuato); 5d. Le persone classificate come guarite e dimesse.
- h) Man mano che saranno riammesse attività commerciali/ricreative in cui sia inevitabile (come già ora nei supermercati o nei negozi di alimentari) l’ingresso di numerose persone, prevedere controlli sistematici che siano rispettati i criteri di contingentamento e di distanziamento stabiliti.
- i) Proseguire in modo costante con l’informazione diffusa (TV, radio, luoghi pubblici) relativa alla necessità di mantenere tutte le misure igieniche e di distanziamento fisico, come unico modo per evitare la ripresa dell’epidemia e il ripristino di nuove di norme ultra- restrittive.
- j) Organizzare il lavoro delle USCA (Unità Assistenziali di Continuità Assistenziale) in modo appropriato. Intanto: a livello nazionale ne erano previste una per ogni 50mila abitanti ma ne sono state create 19 contro le 30 ritenute necessarie. Se è fondamentale che esse abbiano un organigramma definito, altrettanto indispensabile è che siano chiare le modalità di funzionamento: chi fa cosa, perché, quando, come, con quali risorse. E ciò vale sul versante degli operatori: la ricezione della richiesta, il contatto con il cittadino, i dispositivi di protezione, i tempi da rispettare rigorosamente, i mezzi per muoversi nel territorio, i dati da raccogliere (con cosa, come e in quale data base), l’indagine sui contatti avuti dal contagiato, le modalità per circoscrivere l’eventuale nuovo focolaio ed altro ancora. E sul versante del paziente, che deve avere una sorta di carta dei diritti: non solo deve sapere bene a chi rivolgersi (il medico di MG, il PLS, i medici di continuità assistenziale) ma anche in quale tempo ha diritto ad una risposta, chi diventa il suo referente una

volta che sia stata attivata l'USCA, quali le modalità di quarantena, come saranno protetti i familiari, quale assistenza domiciliare riceverà, quali e quanti test saranno eseguiti e in che tempi, quali sono le strutture di ricovero a cui, se le condizioni cliniche lo richiederanno, sarà avviato e quanto lontane dal suo luogo di residenza, come saranno garantiti i contatti con i familiari in quest'ultimo caso; ed altro ancora.

- k) Molto gravi sono le carenze dell'assistenza territoriale: sia sanitaria che socio-sanitaria. Esiste una sterminata mole di dati che lo dimostra: l'archivio del Gruppo Solidarietà sarebbe un patrimonio prezioso sia per i dati necessari sia per ridisegnare il sistema. Ma sono state fatte anche numerose esperienze sul campo: cito per ovvii motivi solo quella recente da me coordinata (promossa dai Comitati di partecipazione INRCA, Azienda di Torrette, Area Vasta 2) in cui l'assenza di garanzie per i pazienti con polipatologie dimessi dagli ospedali è risultata chiarissima. Quindi il nodo fondamentale è la rete di assistenza territoriale che da un lato accoglie, accompagna, guida, protegge i pazienti gravi dimessi dagli ospedali (che siano malati COVID o non), ma avendo una strettissima interrelazione funzionale con la struttura ospedaliera da un lato e con quelle esterne ad esso (compresa l'assistenza domiciliare). Quanto accaduto in Lombardia da un lato e in Veneto dall'altro, ha dimostrato, se ancora ce ne fosse bisogno: a) che il sistema sanitario pubblico è la garanzia necessaria occupandosi di tutte le patologie e non solo di quelle più redditizie, comprese le Terapie intensive; b) che avere servizi ospedalieri di eccellenza è necessario ma non sufficiente; c) che l'assistenza diffusa nel territorio è indispensabile per una risposta efficace e tempestiva. Sulla base di tali elementi oggettivi: il Distretto deve diventare il regista delle azioni, coordinando i soggetti operanti (e non essere considerato istituto di serie b rispetto all'ospedale); le USCA devono essere l'occasione per riprogettare totalmente il sistema territoriale e diventare gli strumenti operativi, sia per gli interventi connessi all'epidemia COVID (o ad altra) sia a regime per le malattie cronico-degenerative e le fragilità in genere; i medici di MG devono diventare parte attiva del sistema (in alcune Regioni possono dirigere il Distretto); infermieri ed altri professionisti sanitari devono avere il riconoscimento delle grandi responsabilità di cui si caricano anche a livello territoriale.
- l) La Regione deve dotarsi contestualmente di un servizio epidemiologico molto robusto, capace di avere (e fornire pubblicamente) in modo costante i dati di popolazione, sia per quanto riguarda le malattie cronico-degenerative (che, sorpresa, continuano ad esserci), sia l'andamento di processi epidemici, delle malattie professionali, di quelle derivate da problemi ambientali, delle malattie rare. Sono i soli dati oggettivi su cui la Regione dovrebbe pianificare, programmare, agire nel campo della salute dei cittadini.
- m) E gli Ospedali? Da vecchio medico ospedaliero, che si è anche molto dedicato all'emergenza, ne confermo l'importanza. Tuttavia su di essi bisogna agire immaginando per le Terapie intensive una flessibilità che sia in grado di trasformare rapidamente le semi-intensive in intensive in caso di necessità; la progettazione, in un piano pandemico, di eventuali strutture temporanee (come quelle della Protezione civile o dell'Esercito); il mantenimento oculato (e non, come sta accadendo ora il disfacimento: si pensi al vecchio Ospedale di Jesi, al Lancisi, ad alcuni padiglioni delle vecchio Manicomio) di alcune vecchie strutture, per riutilizzarle adattandole in caso di necessità. Non serve la moltiplicazione ad libitum dei posti letto di Terapia intensiva, senza alcuna considerazione dei bisogni di base e anche di quelli potenzialmente indotti da eventi eccezionali. Non serve certo la creazione di "astronavi", staccate dal mondo, dove deportare in modo coattivo i pazienti. Ovviamente avendo presente che non basta l'hardware. Ci vuole il software della buona

organizzazione, della conoscenza, della competenza, della formazione, del re-training. Tutto quanto possono fare professionisti consapevoli . I quali non possono essere trasformati in esecutori ciechi di “ordini superiori”, come spesso accade ora, ma devono essere protagonisti attivi. E protagonisti devono essere i cittadini, anch’essi consapevoli, in un dialogo costruttivo con le istituzioni. Una pratica che purtroppo la Regione Marche in questa vicenda, come in altre, ha ignorato.

Anne Cori, Neil M. Ferguson, Christophe Fraser, and Simon Cauchemez. A New Framework and Software to Estimate Time-Varying Reproduction Numbers During Epidemics. *Am J Epidemiol.* 2013;178(9):1505–1512

I pazienti che devono fare?

21 maggio 2020