

A cura di Jean Louis Cairoli
Presidente CAO Varese

La CAO di Varese, sopraffatta dalla perdita del nostro Presidente Roberto Stella è vicina alla famiglia e a tutti i suoi cari. Roberto era un uomo fattivo, sensibile e diretto. Pertanto stante l'emergenza coronavirus, vogliamo condividere i comunicati del nostro Presidente CAO e le raccomandazioni in merito, sicuri che possano essere utili agli iscritti.

IL CONCETTO DI INDIFFERIBILITÀ

Il Tabù del momento è il concetto di indifferibilità. Nessuno ne vuole parlare, nessuno vuole esporsi. È pur vero che in una situazione in continua evoluzione, anche i concetti cambiano, e Vi abbiamo più volte dichiarato di tenervi aggiornati poiché le certezze di oggi, domani saranno diametralmente mutate. Vi abbiamo, in tal senso, già inviato le raccomandazioni regionali per gli odontoiatri che trovate anche in questa pagina. MA, il concetto di indifferibilità dovrebbe essere chiaro a qualsiasi clinico. Così come, chiara dovrebbe essere la tutela della salute della popolazione. E allora, dalla piccola Varese, rompia-

mo questo tabù. Una terapia odontoiatrica indifferibile è quella che non può essere riprogrammata. Esempi possono essere: una pulpita, un trauma dentale che da dolore, finanche la decementazione di un gruppo frontale. Non certo le terapie di tutti i giorni... Ricordiamoci di essere medici, ricordiamoci che la tutela della salute della popolazione passa anche attraverso questi odiosi, ma fondamentali provvedimenti restrittivi, contenitivi. E andiamone orgogliosi. Tutti i pazienti contattati per riprogrammare gli appuntamenti si sono dimostrati felici. Felici di toccare con mano che il proprio dentista si prende cura della loro salute e della salute

PERCHÉ GLI STUDI DEVONO RESTARE CHIUSI il secondo post che non avrei voluto scrivere

Vi esorto ad aiutare a contenere la diffusione del virus chiudendo gli studi all'attività ordinaria da tempo.

Ma qualcuno sembra non comprendere il perché di questo sacrificio. Bene cercherò di essere chiaro.

della comunità. E sono grati. Una nota finale: La desaturazione della sala di attesa significa evitare che due pazienti si incontrino per ridurre i contatti interpersonali (ci ricordiamo del metro di distanza?), mediante riprogrammazione telefonica. **LA RICHIESTA DI ENTRARE IN STUDIO UNO ALLA VOLTA NON AIUTA LA SALUTE, SEMPLICEMENTE SPOSTA I CONTATTI APPENA FUORI DALLA PORTA** (e le mamme che accompagnano i bambini fanno una bella folla). Aiutiamo questo paese a venire fuori, Con calma, senza panico, senza proclami su Facebook, un paziente alla volta.

COMUNICAZIONE DEL 10.03.2020

COMUNICAZIONE DEL 14.03.2020

incontrano. **SIGNIFICA FAVORIRE LA DIFFUSIONE DEL VIRUS!** Gli studi odontoiatrici sono sicuri: i contatti interpersonali NO! L'urgenza indifferibile è quella che ci fa aprire lo studio a santo Stefano o ferragosto (come scrive l'amico Sam-

marco), non posizionare un impianto. Purtroppo continuano ad arrivare segnalazioni di studi che si ostinano ad andare contro le raccomandazioni e di fatto, soprattutto, contro la legge. Garantiamo il servizio di urgenza per desaturare i PS dalle eventuali urgenze odontoiatriche (e gestiamole

da soli senza ASO il più possibile per ridurre i rischi e non sprecare DPI). E questo, in un momento in cui anche i medici stremati dalla mancanza di protezione minacciano la chiusura, è un comportamento nobile (e volontario).

LE RACCOMANDAZIONI DELLA FROMGeO ODONTOIATRICA LOMBARDA

(link per una migliore visione delle raccomandazioni)

FEDERAZIONE REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA LOMBARDIA COMPONENTE ODONTOIATRIA	
IL TRIAGE TELEFONICO E' OBBLIGATORIO Richiedere se il paziente sia sintomatico (Febbre, Tossia, Difficoltà respiratorie, congiuntivite, diarrea, sindrome influenzale) raccolta anamnestica di contatti con COVID 19 positivi, soggetti in quarantena, o zone a rischio, secondo lo schema di seguito.	
Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in area a rischio?	
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti dalle aree a rischio?	
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affetti da NCOVID19?	
Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	
Negli ultimi 14 giorni ha febbre, congiuntivite, difficoltà respiratorie diarrea o sindrome influenzale?	
Ripetere l'ultima domanda con OGGI	
NO a tutte le risposte: il paziente può accedere allo studio dentistico	SI anche ad una sola risposta il paziente DEVE ESSERE RICALENDARIZZATO. Ricordarsi di richiamare il paziente per monitorizzarlo ed eventualmente invitarlo a chiamare i numeri telefonici dedicati
QUALI PRESTAZIONI? Le prestazioni indifferibili, prediligendo le urgenze Cercare di ridurre le terapie che comportino aerosol	
ALL'ARRIVO Ripetere la raccolta dell'anamnesi, UTILE POSIZIONARE UN CARTELLO che ripeta sintomi e precauzioni. Se possibile, rilevare la temperatura con termometro contactless. Se maggiore di 37.5 l'appuntamento sarà ricalendrarizzato. Invitare il paziente a detersersi le mani indirizzandolo in bagno con asciugamani in carta monouso o provvedendo un dispenser di gel idroalcolico. Disinfettare periodicamente più volte durante la giornata l'impianto di climatizzazione.	
IN SALA DI ATTESA Rimuovere tavolini, riviste, album da disegno, giochi ed in generale qualsiasi cosa possa dare promiscuità. EVITARE DI SOVRAPPORRE GLI APPUNTAMENTI, AL MASSIMO DOVRANNO ESSERE PRESENTI DUE PAZIENTI: UNO IN ENTRATA E UNO IN USCITA. mantenere una distanza MINIMA di un metro. Invitare gli accompagnatori a uscire dallo studio e ritornare dopo il tempo programmato. Detersi frequentemente mani, banconi, pulsantieri, terminali POS e tutto quanto venga toccato dal paziente con disinfettanti adeguati (es. Ipooclorito allo 0.1% o alcool etilico a 70°)	
DURANTE LA SEDUTA PREDISPORRE LO STRUMENTARIO E I MATERIALI STRETTAMENTE NECESSARI, in modo da limitare le possibili contaminazioni e le procedure di riordino. Utilizzare guaine monouso per le siringhe, o estrarre i materiali in modo da non toccare i contenitori durante la visita. Rispettare le usuali abitudini igieniche (lavare le mani prima e dopo l'utilizzo dei guanti con acqua e sapone per ALMENO 20 secondi o con soluzioni idroalcoliche ALMENO al 60%)	
Effettuare uno sciacquo preliminare riduce di molto la carica virale: tuttavia in letteratura vengono descritti come efficaci SOLO collutori contenenti: Iodopovidone al 0.2-1%, Cetilpiridinocloruro allo 0.05-0.1%, acqua ossigenata all'1% e quelli contenenti oli essenziali e alcool. La clorexidina è descritta come inefficace. I collutori DEVONO essere utilizzati PURI, non diluiti.	
DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE La protezione delle mucose orali e nasali può essere effettuata con mascherine chirurgiche o con facciali filtranti FFP2/FFP3. L'efficacia della mascherina chirurgica nel contenimento del rischio è documentata e l'uso almeno di questo dispositivo è tassativo. Le FFP vengono suggerite in condizioni epidemiche specialmente su soggetti suscettibili. La barba riduce sino a invalidare l'efficacia delle mascherine. Fondamentale la modalità di manipolazione sia indossando che rimuovendo il dispositivo. Un importante ruolo è dato dalle protezioni oculari, che dovranno essere a protezione laterale. Gli occhiali di o le visiere vanno sanificati con alcool a 70°. Il camice dovrà essere a maniche lunghe, possono essere utilizzati camici monouso. Nel caso di pazienti NCOVID positivi è indicato un camice di protezione idrorepellente. Una cuffia per capelli è indicata. Non appena i DPI vengono utilizzati vanno considerati come contaminati. Particolare attenzione va riservata alla fase di svestizione e allo smaltimento del monouso nei rifiuti speciali. Il virus rimane nell'aria per un certo periodo di tempo quindi, finché si permane in area contaminata, non togliere i DPI. L'isolamento del campo con la diga in gomma è stato descritto come valido presidio per ridurre significativamente il rischio di contagio degli operatori.	
IN GENERALE , vista la necessità di non affollare la sala d'attesa, di evitare sovrapposizioni, di aereare le sale operative, salvaguardando la tutela della salute, suggeriamo non più di un paziente per ora	

PRIMA DI TUTTO CURARE

Alla fine di una carriera professionale viene spontaneo fare una riflessione sulla propria attività e sul percorso di tanti anni dedicati alla cura dei pazienti. Propongo le riflessioni di un medico di Medicina primaria USA che, pur nelle differenze dell'organizzazione sanitaria tra Italia e USA, bene evidenzia le motivazioni di molte scelte ed il percorso di una vita spesa per la professione.

Dice il dr WM Zinn” Di recente, ho concluso una carriera di 40 anni nella pratica della medicina primaria. Non mi sono fermato perché ero esaurito o incapace di continuare. Mi sono fermato perché avevo troppo rispetto per la professione. La pratica delle cure primarie, ben eseguita, richiede un alto grado di agilità mentale. Volevo fermarmi prima di perdere consistenza nella qualità delle mie cure mediche. Ho iniziato la mia formazione medica contemporaneamente alla creazione dei primi programmi di formazione per le cure primarie. Sono stato il primo medico di medicina generale a tempo pieno assunto nel mio ospedale. Dal mio

Da: William M. Zinn, MD, Prima di tutto curare. JAMA. 2020;323(1):27-28. doi:10.1001/jama.2019.20065

punto di vista, in un modo o nell'altro la medicina delle cure primarie sembrava sempre sotto coercizione. I residenti mi dicevano che la facoltà di medicina scoraggiava gli studenti dalla scelta di una carriera di assistenza primaria. C'era l'idea che nessuno sarebbe voluto andare in cure primarie a causa del richiamo della medicina tecnologica. Questo punto di vista ha però dimenticato di considerare le enormi ricompense delle relazioni a lungo termine con i pazienti, che è ciò che inizialmente mi ha portato alle cure primarie. Nel mio ospedale, per motivi che non mi sono chiari, sono stati spesso i chirurghi ad avere più antipatia nei confronti dei medici di base. Questo è finito quando hanno avuto modo di conoscerci e hanno capito che eravamo talentuosi come tutti gli altri. La successiva minaccia alle cure primarie fu l'ascesa delle organizzazioni di mantenimento della salute (HMO). All'inizio, si temeva che le HMO compromettessero la relazione paziente-medico a causa della lealtà divisa del medico tra il pagatore e il paziente. Almeno nella mia area geografica, le esigenze di una popolazione di pazienti esperta e il

A cura di Marco Cambielli



potere degli ospedali di insegnamento terziario hanno superato la capacità degli HMO di limitare le cure. Essendo diventato maggiorenne alla fine degli anni '60, considerati anni ribelli, non ero tentato di limitare la mia visione delle esigenze di un paziente. Successivamente è arrivata l'epidemia di HIV, che ha minacciato di sopraffare gli ospedali e gli uffici di assistenza primaria con pazienti disperatamente malati. Ricordo che i pazienti venivano in ospedale con il loro primo sintomo e finivano morti nel giro di pochi giorni. Sorprendentemente, la medicina ha sviluppato trattamenti che hanno trasformato l'affezione in una malattia cronica che è stata meglio trattata in cliniche multidisciplinari. Essere vicino al fondo della scala retributiva è stato un altro fattore dissuasivo per gli studenti che hanno iniziato a lavorare nelle cure primarie. La necessità di ripagare il debito scolastico era ed è certamente un fattore determinante nella scelta della carriera. Non è mentalmente più difficile, ma solo mentalmente diverso, essere uno specialista medico piuttosto che essere un medico di base. Un medico di cure



primarie deve tenere costantemente traccia di un ampio gruppo di pazienti; assorbire montagne di dati da consulenti e rapporti di laboratorio e di imaging; e vedere rapidamente i pazienti, mentre si occupa dei compiti proliferanti della visita di assistenza primaria e mantenere energia e apertura a riconoscere gli indizi sottili delle diagnosi tutt'altro che semplici. Tutto ciò deve essere fatto prestando attenzione ai bisogni emotivi del paziente. Non è più facile che fare una colonscopia. Sebbene ritenga che gli specialisti meritino un premio finanziario per gli anni extra della loro formazione, la remunerazione dei medici di base dovrebbe essere altrimenti commisurata. L'attuale minaccia alla felicità dei medici delle cure primarie sembra essere la

cartella clinica elettronica (EHR). Sebbene i cambiamenti possano essere difficili, io, sinceramente, non ho mai capito l'estensione dell'avversione dei medici a questa forma di tenuta dei registri. Credo che abbia reso la mia vita molto più efficiente. Nei giorni pre-EHR nella mia clinica, i grafici cartacei venivano spesso erroneamente compilati o firmati altrove quando ne avevo bisogno. Come ricordo di quei giorni, ho ancora un raccoglitore a fogli mobili ormai obsoleto che conteneva un foglio di flusso di laboratorio su ciascuno dei pazienti che ho visto. Quando un risultato di laboratorio relativo ad un paziente è tornato, l'ho inserito manualmente nel foglio di flusso perché non avrei mai potuto essere sicuro che il paziente, il diagramma e il risultato di laboratorio

sarebbero stati tutti nello stesso posto nel momento in cui ne avessi bisogno. Con l'EHR, posso avere a disposizione il grafico per una telefonata senza lasciare la mia scrivania, e posso scrivere lettere per i pazienti e fare grafici di incontri medici con solo poche battute dei tasti. Concordo sul fatto che l'EHR si intromette nel comunicare durante l'incontro medico. La mia regola è se il paziente mi sta parlando di dati oggettivi come la storia medica passata, posso guardare il computer. Se il paziente sta parlando del motivo della visita o di qualsiasi cosa con contenuto emotivo, guardo il paziente. Ho avuto la fortuna di rimanere in uno studio presso un piccolo ospedale di insegnamento urbano per tutta la mia carriera. Avevo una paziente di 30 anni quando l'ho incontrata e di 70 anni quando ci salutammo. Lavorare in un ospedale municipale era una sfida perché era sempre finanziariamente instabile e l'amministrazione cercava regolarmente di ridurre il mio stipendio e quello degli altri. Ciò che mi ha tenuto lì è stata la missione dell'ospedale di soddisfare le esigenze della comunità. Mentre consideravo una carriera da post-residency, ho fantasticato di lavorare in un ospedale municipale occupandomi di pazienti economicamente svantaggiati. Nel mio ospedale, ho avuto l'ulteriore vantaggio di lavorare con una popolazione etnicamente diversificata. Un giorno nella mia clinica ho visto 9 pazienti, nessuno dei quali parlava inglese come prima lingua e nessuno parlava la stessa