



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 35/2020

# **Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione**

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19

Versione del 25 maggio 2020



# Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione

Versione del 25 maggio 2020

## Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19

Coordinatore:

Carlo PETRINI

*(Direttore Unità di Bioetica e Presidente Comitato Etico, ISS, Roma)*

Componenti:

Luigi BERTINATO (*Segreteria Scientifica della Presidenza, ISS, Roma*); Giovanna FLORIDIA, Sabina GAINOTTI, Luciana RIVA (*Unità di Bioetica, ISS, Roma*); Alberto GAMBINO (*Università Europea di Roma*); Ignazio GRATAGLIANO (*SIMG e Università degli Studi di Bari*); Donato GRECO (*già Direttore Laboratorio ISS, Roma e Direttore Generale della Prevenzione Ministero della Salute*); Gualberto GUSSONI (*Direttore Scientifico FADOI, Roma*); Chiara MANNELLI (*Istituto di Candiolo, FPO-IRCCS, Candiolo, TO*); Assunta MORRESI (*Università degli Studi di Perugia*); Pierantonio MUZZETTO (*Università di Parma, OMCEO Parma, Consulta Deontologia Nazionale FNOMCeO*); Federico NICOLI (*Università degli Studi dell'Insubria, Varese e Domus Salutis, Brescia*); Francesca PIERGENTILI (*Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma*); Giorgio RESTA (*Università degli Studi Roma Tre*)

## **Autori del presente documento**

Giovanna FLORIDIA, Ignazio GRATAGLIANO, Donato GRECO, Pierantonio MUZZETTO,  
Federico NICOLI, Carlo PETRINI

Istituto Superiore di Sanità

**Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.**

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19

2020, iii, 14 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020

La pandemia di COVID-19 ha inciso sull'assetto organizzativo e assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale attraverso complessi interventi in ambito ospedaliero. Analogamente la medicina territoriale, ed in particolare il Medico di Medicina Generale, sono stati segnati incisivamente dalla diffusione di COVID-19. Il rapporto affronta alcuni dilemmi etico-clinici presenti nella nuova quotidianità della pratica clinica del medico di medicina generale. Sono presi in considerazione la situazione esistente, le valutazioni prospettiche del cambiamento e i valori portanti della relazione con il paziente, i familiari e la società, nonché la sicurezza individuale e collettiva.

Istituto Superiore di Sanità

**The General Practitioner and the COVID-19 pandemic: some ethical and organizational issues. Version of May 25, 2020.**

ISS Bioethics COVID-19 Working Group

2020, iii, 14 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020 (in Italian)

The COVID-19 pandemic has affected the National Health System organizational structure through complex interventions in the hospital setting. In a similar way, the territorial medicine system, and in particular the General Practitioner, have been indeed touched by the COVID-19 spreading outbreak. This report aims to address some ethical dilemmas dealt in the new daily life of the general practitioner's clinical practice. The topics taken into account are: the existing situation; the prospective evaluations of the change caused by the pandemic; the fundamental values of the relationship with patients, their family members and the society, as well as the individual and collective health security.

Si ringraziano Massimiliano Caldora, Carlo D'Aprile e Susanna Tamiozzo per il supporto alla redazione del rapporto.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [giovanna.flordia@iss.it](mailto:giovanna.flordia@iss.it)

Citare questo documento come segue:

Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)

---

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020  
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



# Indice

Prefazione.....	iii
Introduzione .....	1
La pandemia e il Medico di Medicina Generale: alcuni quesiti di etica .....	3
Il ruolo del Medico di Medicina Generale durante la pandemia e il rapporto ospedale-territorio.....	5
Il rapporto Medico di Medicina Generale-paziente durante la pandemia .....	7
Il Medico di Medicina Generale e la corretta informazione .....	8
Seconda e terza fase della pandemia.....	9
Problematiche organizzative in ambito di medicina “pubblica”: cosa deriva dalla pandemia .....	10
Conclusioni .....	11
Bibliografia .....	13



## Prefazione

L'Istituto Superiore di Sanità ha competenze in ogni ambito della sanità pubblica e, quale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale, fin dai primi momenti ha avuto un ruolo cruciale in Italia per la gestione dell'emergenza causata da COVID-19.

Tutte le situazioni, spesso drammatiche, che sono state determinate dalla diffusione di COVID-19 e che l'Istituto è chiamato ad affrontare, hanno posto problemi di etica.

Il Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19, che per un periodo di tempo limitato si aggiunge affiancandosi alle strutture già operanti nell'Istituto per affrontare i temi di bioetica (l'Unità di Bioetica e il Comitato Etico), è incaricato di affrontare temi di etica posti da COVID-19 ad ogni livello: di individuo, di comunità familiare, di categoria professionale, di intera popolazione.

Nel Gruppo di Lavoro, che include anche numerosi componenti esterni all'Istituto, sono presenti competenze in vari ambiti della medicina clinica, in epidemiologia, in sanità pubblica, in diritto, in filosofia e in altre discipline, oltre che, ovviamente, in bioetica: la composizione garantisce un'efficace copertura dei vari ambiti disciplinari coinvolti, nonché una pluralità di prospettive.

Nelle emergenze sanitarie la cornice etica deve bilanciare il dovere di assistenza centrato sulla singola persona (cardine dell'etica clinica) con il dovere di promuovere l'uguaglianza delle persone e l'equità nella distribuzione dei rischi e dei benefici nella società (cardine dell'etica nella sanità pubblica).

In questo scenario, l'impatto che COVID-19 ha avuto sull'intera categoria professionale dei medici è evidente. La medicina ospedaliera ha subito una pressione enorme che ha costretto a riconvertire interi reparti e intere strutture per l'assistenza di persone colpite dal SARS COV-2. Tuttavia anche la Medicina Generale nel territorio ha dovuto affrontare situazioni completamente nuove e in condizioni spesso critiche.

La deontologia medica costituisce solido ancoraggio anche nelle turbolenze. La situazione, che la pandemia ha portato, ha costretto a bilanciare diversamente alcune priorità e ha imposto nuovi assetti, anche organizzativi, destinati ad estendersi nel tempo anche dopo l'emergenza. La Medicina Generale è stata investita da questi cambiamenti in modo particolarmente incisivo.

La Medicina Generale, oggetto del presente Rapporto, è una pietra miliare del Servizio Sanitario, ma non è l'unica componente. Nel Gruppo di Lavoro, infatti, sono presenti anche altri professionisti della sanità. Successivi Rapporti del Gruppo di Lavoro affronteranno alcune problematiche di etica che COVID-19 pone per tali professionalità.

*Carlo Petrini*





# Introduzione

La pandemia di COVID-19 ha inciso sull'assetto organizzativo e assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) attraverso complessi interventi in ambito ospedaliero, volti all'identificazione nei reparti di spazi e posti letto dedicati alla presa in carico di un elevato numero di pazienti ricoverati, come pure all'ampliamento delle Terapie Intensive per far fronte alle richieste in urgenza/emergenza. Ciò è avvenuto soprattutto nel Nord dell'Italia, con maggiore concentrazione in Lombardia, Nord Emilia, Veneto e Piemonte, regioni più toccate dall'ondata epidemica.

In ambito di sanità pubblica un'analogha situazione si è verificata per la medicina territoriale: lo sforzo di tutelare la salute della popolazione durante la pandemia ha comportato e comporta tuttora il tentativo di minimizzare la morbilità e la mortalità ottimizzando risorse e strategie che possono richiedere limitazioni sui diritti e sulle preferenze individuali (1).

Il Medico di Medicina Generale (MMG) è chiamato ad affrontare una serie di nuove sfide cliniche, assistenziali e gestionali che implicano la risoluzione di importanti dilemmi etici presenti nella nuova quotidianità della pratica clinica. La medicina delle cure primarie con, in prima linea, la medicina generale, il servizio di continuità assistenziale e la pediatria di libera scelta, si è trovata a fronteggiare situazioni complesse in condizioni estremamente precarie da un punto di vista organizzativo e preventivo. Durante l'emergenza sanitaria si è passati da uno standard di cura solitamente indirizzato ai bisogni medici e assistenziali specifici dei singoli pazienti a uno standard attento alla salute della comunità, cercando di mantenere comunque il miglior livello di cura individuale (2).

Una profonda incertezza accompagna inesorabilmente ogni epidemia: le conoscenze iniziali non sono spesso sufficienti ad affrontare il problema nel modo più adeguato e richiedono specifiche esperienze e conseguente formazione per ricorrere a soluzioni idonee in aiuto all'MMG nel proprio lavoro.

Il presente documento cerca di affrontare alcuni dilemmi etico-clinici presenti nel lavoro dell'MMG considerando la situazione esistente, le valutazioni prospettiche del cambiamento e i valori portanti della relazione con il paziente, i familiari e la società e come pure la sicurezza individuale e collettiva.

Tale approccio si concentra su alcuni aspetti di etica clinica che l'MMG è chiamato ad affrontare: nello specifico si vuole porre attenzione al significato del lavoro dell'MMG e al senso che riveste il suo compito sia per il paziente che ha in cura, sia per la collettività esposta alla malattia durante l'episodio pandemico e nella fase successiva ad esso.

L'MMG si trova nella sua peculiarità ad operare tra difficoltà, criticità, insicurezza e imprevedibilità, in una situazione epocale in cui i sistemi ospedale e territorio sono chiamati ad una nuova relazione attraverso una progressiva integrazione (inter e intra professionale) e a una ricercata e necessaria simbiosi.

Attraverso una prima analisi si può affermare che, se da un lato l'epidemia ha evidenziato le oggettive difficoltà del rapporto MMG/SSN facendo emergere diversità tra le realtà regionali in base ai parametri di pianificazione degli interventi per il contenimento e il controllo dell'epidemia, dall'altro essa ha posto l'accento sulla preziosa attività di sanità pubblica che l'MMG svolge nella comunità, in particolare l'insostituibile e peculiare conoscenza dei singoli suoi assistiti, del loro stato di salute, delle individuali condizioni di rischio e delle condizioni sociali e ambientali in cui vivono.

L'MMG è dunque, di fatto, il primo mattone di qualsiasi sistema di sorveglianza della salute, in quanto custode delle informazioni sulla salute dei cittadini e in costante rapporto con la rete dei servizi ospedalieri e di sanità pubblica delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) (3).

L'MMG, quale medico del territorio<sup>1</sup>, non è più soltanto medico di famiglia della cronicità, ma allarga l'orizzonte verso la cura delle patologie acute gestibili nel suo ambito dando un significato ancora più esteso alla medicina di comunità (4-8): difatti a lui è ora affidata la gestione domiciliare delle acuzie trattabili, la gestione dei pazienti cronici e fragili, come anche l'assistenza all'interno degli ospedali di comunità oltre alle altre funzioni previste (9).

L'attuale pandemia evidenzia la necessità di valorizzare le funzioni di prevenzione e sorveglianza dell'MMG anche con adeguate forme di riorganizzazione della sua attività professionale.

---

<sup>1</sup> Sentenza n. 282 del 2002 della Corte Costituzionale: richiama alla norma deontologica che costituisce la regola fondamentale e primaria che guida l'autonomia e la responsabilità del medico, alla quale egli deve ispirare il proprio comportamento in materia di cura e, più in generale, di salute, rappresentando altresì una protezione del professionista e del paziente rispetto a interventi del potere politico o di altri poteri dello Stato.

Consulta Nazionale Deontologica, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Codice di Deontologia Medica, 2014: artt.3-4-9-13-20-36-68-70-78 (dalla valutazione dei Doveri del Medico, al livello di autonomia, di responsabilità, di sua posizione di fronte alle calamità, della prescrizione, della relazione, del trattamento in urgenza, nel lavoro in ambito pubblico e privato, nella qualità ed equità delle prestazioni nell'utilizzo delle tecnologie informatiche).

I parametri (legali) di giudizio: Legge 3/2018 capo II art.4: Riordino disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie 1 comma "capo I degli Ordini delle Professioni sanitarie- art. 1 punto c: *promuovono e assicurano l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità delle professioni e dell'esercizio professionale, la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale, la salvaguardia dei diritti umani e dei principi etici dell'esercizio professionale indicati nei rispettivi codici deontologici, al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva; essi non svolgono ruoli di rappresentanza sindacale*".

## La pandemia e il Medico di Medicina Generale: alcuni quesiti di etica

L'etica è presente in ogni aspetto della medicina: la pratica medica senza l'etica perde senso e significato (10-12). Ragion per cui a fronte di questa emergenza sanitaria, in cui l'MMG è anch'esso un attore primario, si evidenziano alcune questioni etico-cliniche (Riquadro 1).

### RIQUADRO 1. Questioni etico-cliniche affrontate nel documento

---

- Q1** Il problema della carenza di DPI, l'MMG di fronte alla scelta tra la tutela della propria salute e la salvaguardia della salute altrui.
- Q2** L'MMG, la check-list e lo strumento tecnologico: l'esclusività nel giudizio clinico del dato informatico. Come essere in grado di svolgere al meglio il proprio lavoro, dal punto di vista etico-clinico e deontologico, nell'effettuare la visita virtuale tramite lo strumento tecnologico quale complemento dell'attività del medico?
- Q3** L'MMG e le metodiche di valutazione per adeguare la tipologia più appropriata alle necessità di salute: l'utilità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) e di altre Unità d'intervento nell'urgenza territoriale come integrazione dell'attività dell'MMG.
- Q4** L'MMG e i valori del "contatto" professionale e della relazione fra medico e paziente.
- 

Una prima questione richiama le problematiche relative all'intervento dell'MMG in assenza dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) emerse in fase 1 durante il percorso assistenziale a favore di quei pazienti che risultavano essere positivi al SARS-CoV-2, o che si trovavano nella condizione di non sapere se erano portatori del virus: il prevalere del senso del dovere di intervenire nella cura evitando di commettere omissione di soccorso ha, oppure può avere, come risultato la salvaguardia della salute dei propri pazienti a discapito, talvolta, anche della propria vita. Il mancato utilizzo dei DPI può diventare una limitante oggettiva della propria funzione. Affermare che gli MMG siano stati esposti a rischi prevedibili e, che tutti quelli che non hanno potuto usufruire in modo sicuro e adeguato dei DPI sono stati infettati divenendo, al contempo, involontari propagatori di contagio, non rappresenta una semplice accusa. Tali considerazioni sono indice di una sottovalutazione di sistema del problema sicurezza degli operatori e di una mancata programmazione delle necessità in stato di emergenza, a testimonianza dei possibili scenari in cui ci si è mossi da fine febbraio 2020 fino ad oggi. Si può affermare che la quota di rischio è inaccettabile, come pure la mancata protezione del medico. Tali ingiustificabili carenze hanno segnato un passo indietro nel cammino di tutela della salute collettiva, infatti, soprattutto in alcune realtà, non tutelando i medici e gli altri operatori non sono stati tutelati il cittadino e la collettività.

Questione emergente è quella che riguarda la realtà virtuale e in particolare la *virtual medicine* ed il *virtual doctor* (13). Il possibile rischio connesso alla visita virtuale è quello di poterla considerare, da parte degli attori protagonisti, come una necessità che ci proietta in una sorta di post modernità tecnocratica, qualora non si governi lo strumento e questo diventi fonte esclusiva di contatto col paziente.

In questo modo si pone l'accento non tanto sullo strumento, utile in determinate situazioni osservazionali, quanto sulla qualità della valutazione del percorso clinico e, dunque, delle risposte alla cura e allo stato di

benessere/malessere. Anche se lo strumento informatico non costituisce una metodologia sostitutiva dell'attività propria del medico, in fase epidemica esso trova giustificazione in una metodologia di triage telefonico che comunque non preclude l'intervento di un'équipe dedicata che, in sicurezza, attua tutte le metodiche di valutazione e stabilisce la tipologia delle azioni per rispondere in modo efficace alle necessità di salute (14). Si presenta perciò una nuova pratica di cura "integrata ed emergenziale" che, però, non muta il valore della relazione e del rapporto diretto fra chi ha bisogno di essere curato e il curante, nel rispetto della prassi professionale e in linea con i dettami del Codice Deontologico<sup>2</sup>.

Da tale osservazione emerge un ulteriore dilemma etico clinico: come giustificare che il medico attui la visita con i mezzi di telecomunicazione, prescriva a distanza anziché visitare il paziente sul lettino del suo ambulatorio o al proprio letto e, inoltre, che segua il proprio paziente in remoto?

Ne consegue che l'MMG è chiamato a gestire e a riconoscere un valore dello strumento informatico anche se la "gestione solo formale" dell'esame parzialmente "obiettivo", contrassegnato dall'anamnesi e dalla semeiologia strumentale che portano a una sintesi diagnostica per così dire dimezzata, manca del supporto clinico necessario per un ottimale esame obiettivo. Tuttavia, utilizzare al meglio la tecnologia esistente e gli strumenti che possono essere autogestiti al domicilio dagli assistiti può essere un valido supporto per una nuova gestione dell'assistenza in medicina generale, che potrà dare indicazioni su nuove modalità organizzative ed operative che dovranno proseguire nel tempo secondo nuovi e più moderni modelli assistenziali.

Si pone la questione se sul piano della responsabilità una simile situazione possa essere giustificata e se sia sufficiente porre una diagnosi con i soli dati telefonici o strumenti informatici e non, invece, considerare parziale ed insufficiente l'apporto strumentale.

Una prima soluzione al problema è quella sollecitata dai medici e seguita dal legislatore per cui, limitatamente al tempo di COVID-19, l'MMG fra l'altro è chiamato ad intraprendere un percorso diagnostico-terapeutico attivando "un terzo sistema d'intervento", che si associa alla procedura basata sulla check-list e che prevede un intervento diretto o mediato di un'unità strutturata territorialmente come l'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) (15) o di un altro organismo simile polispecialistico che abbia ruolo anche nella scelta terapeutica a livello domiciliare, quale scelta di gestione efficace nei casi di pazienti sintomatici presso il proprio domicilio o nelle case di riposo (Case Residenza per Anziani-CRA, ecc.).

Questi aspetti segnano in modo inequivocabile i problemi legati alla buona pratica dell'MMG con effetti sia sulle determinanti di salute, per quei pazienti ai quali è chiamato a offrire la propria specifica competenza, sia sulle politiche d'intervento a livello locale, regionale e nazionale.

---

<sup>2</sup> Consulta Nazionale Deontologica, Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Codice Deontologico, 2014: artt.3-4-9-13-20-36-68-70-78 (dalla valutazione dei Doveri del Medico, al livello di autonomia, di responsabilità, di sua posizione di fronte alle calamità, della prescrizione, della relazione, del trattamento in urgenza, nel lavoro in ambito pubblico e privato, nella qualità ed equità delle prestazioni nell'utilizzo delle tecnologie informatiche).

## Il ruolo del Medico di Medicina Generale durante la pandemia e il rapporto ospedale-territorio

L'MMG è chiamato a interfacciarsi con il singolo individuo, ove possibile con i familiari, e al contempo porre attenzione alla comunità intera dei propri assistiti, svolgendo così una funzione primaria di sanità pubblica.

Si prospetta per l'MMG un rafforzamento della *vecchia e nuova* funzione in ambito di prevenzione e di controllo sanitario, utilizzando una terminologia *antica* ma che potrebbe avere in sé oggi un valore molto importante nello svolgimento delle funzioni di sanità pubblica: il suo essere *sentinella*.

La parola *sentinella* potrebbe essere forse non adeguata giacché tutti gli MMG sono volti a conoscere la popolazione e ad affrontare i problemi emergenti, a meno che non si vada a considerare la funzione di controllo epidemiologico, ora specifica dell'ambito epidemico, e abbia senso ogni *alert* che possa da questi provenire in ambito di malattie contagiose necessario per una verifica di sistema e per l'attivazione delle azioni di prevenzione collettiva.

Va ricordato che, in base alla contrattazione decentrata prevista nella Convenzione per la Medicina Generale, le Regioni hanno negoziato con gli interessati specifiche clausole per aggiungere attività (prevenzione, vaccinazione, tutela delle persone più fragili, ecc.).

La "medicina di gruppo", composta da MMG interagenti con specialisti convenzionati che hanno a disposizione strumentazioni diagnostiche almeno di I livello e in cui è inserita un'organizzazione infermieristica attiva sul piano sanitario e assistenziale, si è concretizzata e valorizzata in modo strutturato in alcune Regioni d'Italia nelle Case della Salute. Esse costituiscono validi esempi d'integrazione per una più adeguata organizzazione nell'assistenza territoriale, generale e specialistica decentrata avente un più vasto bacino di utenza ed una maggiore capacità d'intervento.

Si presume, infatti, che questa tipologia d'intervento consenta all'MMG di estendere le proprie competenze dalla "cronicità", riservata ai pazienti di età superiore ai 65 anni ed alle cosiddette patologie gestibili a livello residenziale e domiciliare, alla medicina dell'acuzie supportata da una diagnostica specialistica di primo e secondo livello, gestibile a domicilio, o, nei casi più avanzati, nelle strutture di cure intermedie e riservandosi il ricorso alla medicina ospedaliera nel caso di situazioni cliniche che richiedano interventi di maggior complessità e più elevata competenza specialistica.

Fatto salvo il principio di garanzia e tutela della salute del cittadino e della collettività, nella fase epidemica l'MMG dev'essere in grado, alla pari del medico ospedaliero e del sistema di valutazione degli interventi al paziente sintomatico, di gestire l'inevitabile conflitto fra gli obiettivi generali di salute per il maggior numero di pazienti e la tutela del singolo paziente a lui affidato (16, 17).

Quello che viviamo è certamente un momento epocale in cui due sistemi di assistenza e cura dell'SSN, ospedale e territorio, sono invitati ad una nuova rafforzata interazione e integrazione (inter ed intra-professionale).

In alcune Regioni il potenziamento del ruolo dell'MMG ha alimentato il dibattito sul valore dei presidi di ricovero territoriali, riproponendo e valorizzando l'ospedale di comunità come luogo di "coordinamento degli interventi per intensità di cura", e nel periodo pandemico, dedicati sia ai pazienti COVID-19 positivi, sia a pazienti ricoverati affetti da altre patologie (18-21).

Un problema etico evidenziato in questa fase della pandemia è la difficoltà di bilanciare diversi principi (in particolar modo quelli di beneficiabilità e di giustizia) a fronte di una non uniformità dell'organizzazione

sanitaria tra le varie Regioni: tale difficoltà si accentua se il diritto alla salute dev'essere uguale per tutti i cittadini, così da essere garantita la stessa qualità e la tipologia degli interventi.

Ciò, fino all'avvento di una nuova tipologia/sinergia di rapporti lavorativi in cui trova giustificazione un diverso modello d'intervento che vede accomunati sia l'ospedale (specialisti) che il territorio (MMG-Medico di Continuità Assistenziale) proprio nella gestione della fase iniziale della malattia epidemica, con limitazione degli accessi ospedalieri solo per le affezioni più severe, ma anche nella fase di gestione dei casi meno complessi e nel post ricovero di pazienti in fase di stabilizzazione.

## Il rapporto Medico di Medicina Generale-paziente durante la pandemia

In corso di pandemia il rapporto MMG-paziente può presentare un nuovo modello relazionale, non solo diretto e personale, fondato sulla semeiologia classica, bensì un modello anche mediato dai mezzi di comunicazione e dai nuovi sistemi informatici (*e-medicine* o telemedicina), all'insegna di una diagnostica sempre più di tipo strumentale che conduce ad una dimensione *virtuale* della prestazione medica e del contatto col proprio assistito.

Ciò può essere vero anche durante la prosecuzione della cura: la telemedicina e la televisita (22), che si connotano nella prassi soprattutto come teleconsulto, diventano strumenti di sorveglianza clinica e di valutazione a distanza dell'effetto/efficacia terapeutica, caratterizzandosi come un "necessario complemento" e non un mezzo esclusivamente dedicato al controllo e alla verifica degli esiti dei propri interventi.

Quale potrà essere l'effetto di questa nuova modalità relazionale sulla professione dell'MMG? Quanto potrà essere esclusivo l'utilizzo dello strumento informatico, pur sempre in un'accezione di complementarietà e non di esclusività del mezzo tecnologico? A queste considerazioni si affiancano riflessioni sui delicati aspetti deontologici e relazionali della telemedicina così come sugli *outcome* clinico-gestionali tutti da valutare nel tempo.

Il ruolo dell'MMG presenta durante il periodo pandemico delle novità: da medico soprattutto della cronicità diventa medico in prima linea anche della gestione delle acuzie trattabili a domicilio, attuando forme di *sorveglianza attiva* e di *prevenzione attiva*.

Nella gestione delle acuzie l'MMG non ha soltanto uno specifico ruolo nella integrazione assistenziale ospedale-territorio, ma anche, ove possibile, ricopre la nuova funzione di coordinamento e d'indirizzo nell'attività delle USCA di cui è pur sempre riferimento e responsabile della cura. Tale possibilità, in certe realtà regionali, contribuisce a sviluppare una visione proattiva della prestazione medica, permettendo la gestione delle acuzie di quei pazienti COVID-19 positivi direttamente ed elettivamente presso il proprio domicilio o in strutture dedicate.

Infine, si ricorda che l'MMG è tenuto alla riservatezza delle informazioni ed al segreto professionale volto alla tutela della privacy del paziente infetto (soprattutto asintomatico o paucisintomatico), il cui stato di salute e di infezione deve però essere denunciato ad altri medici e alla famiglia affinché i provvedimenti e le misure da adottare siano efficaci per il bene della comunità. In questa difficile posizione l'MMG deve da un lato cercare di salvaguardare il diritto del paziente alla protezione dei dati personali, ma allo stesso tempo deve ritenersi co-gestore della salute pubblica.

## Il Medico di Medicina Generale e la corretta informazione

La comunicazione dell'MMG in questa situazione non può essere sottovalutata e va da una prima fase informativo/educativa in merito all'igiene individuale e collettiva (dall'igiene della persona, all'isolamento laddove necessario, alla distanza sociale), alla prevenzione e a tutte le informazioni date, e ancora da comunicare, attraverso i sistemi informatici e mezzi di contatto: dalla lettera, alla telefonata, al colloquio col paziente, ai contatti con i familiari e infine anche con le aziende sanitarie.

Questa azione, specifica dell'MMG, da svolgere anche e soprattutto nelle reti socio-assistenziali create attorno ai pazienti anziani e più fragili, deve essere rivolta anche a contrastare le numerose informazioni non veritiere che circolano soprattutto tramite i media sociali.

La comunicazione dell'MMG si articola nel quotidiano anche con i colleghi specialisti, con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, con coloro che lavorano presso il Pronto Soccorso e con tutti coloro che offrono un supporto specialistico accurato ed esaustivo per la gestione dei pazienti sul territorio, come pure nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), nelle Residenze Sociosanitarie Assistenziali per Anziani (RSSA) e in altre strutture dedicate.

L'autorevolezza del medico si mostra *in primis* nella capacità di trasmettere una corretta e veritiera informazione attraverso la chiarezza nell'esposizione di norme da seguire, al fine di rispondere alle esigenze di limitazione dei contagi; ciò si può realizzare attraverso una coerenza emotiva, pratica ed esistenziale relativa al messaggio da dover comunicare e a una scelta di modi, tempi e parole adeguati a chi si ha di fronte (con particolare attenzione ai pazienti più critici e ai loro familiari).

Attraverso una corretta informazione l'MMG è in grado di:

- rafforzare il senso di comunità evitando di considerare l'isolamento come un fatto solo personale aumentando così il senso di abbandono ed estraneità;
- intercettare il più possibile i bisogni dei singoli e della comunità con espressioni di comprensione e vicinanza;
- rilevare *il senso della vulnerabilità* ancor più evidente in un isolamento in cui l'uso della tecnologia informatica riveste un ruolo primario;
- passare dal bilancio degli accadimenti alla resilienza quale momento di reazione individuale e collettiva;
- rafforzare il rapporto fra chi cura e viene curato e assistito, nel sistema d'intervento in corso d'epidemia.



## Seconda e terza fase della pandemia

Superata la fase acuta si devono valutare le fasi successive con particolare riguardo alle “infezioni di ritorno” e alle complicanze post-acuzie, mettendo in campo tutti i presidi clinici e strumentali, nonché organizzativi, al fine di controllare la possibile trasmissione del contagio da positivi non noti o da pazienti parzialmente guariti: vi sono infatti asintomatici infettivi positivi, o ancor più falsi negativi e presunti guariti (per fortuna in numero limitato) in cui si stanno riscontrando recidive sintomatologiche e lesioni polmonari anche in presenza di tamponi negativi all'atto della dimissione ospedaliera.

Nella fase di stabilizzazione (fase 3) prevarrà soprattutto la prevenzione, con richiamo a corretti stili di vita e anche a intervento vaccinale antinfluenzale, soprattutto dei soggetti fragili e degli anziani, in vista dei mesi più freddi, che sono di norma favorevoli ai virus influenzali con possibili, nuove, ondate epidemiche.

La prevenzione diventa perciò una prassi da consolidare laddove il controllo e la sorveglianza della popolazione, per quota parte assegnata ad ogni MMG, saranno punti cardine per l'evidenza di sintomi e di situazioni cliniche, predittivi di virus in fase iniziale o pre-epidemiche.

A maggior ragione gli MMG avranno un ruolo cruciale laddove vi siano quadri clinici premonitori, riconosciuti ad ora probanti per un “ritorno di COVID-19” o di ceppi mutati di analoga o diversa virulenza. La tracciabilità dei contatti permetterà di giungere ad una identificazione dei pazienti a fini diagnostici e terapeutici precoci.

Non possono essere trascurati gli aspetti legati alla diversa reazione psicologica individuale sia dell'MMG, soprattutto operante nelle zone ad alta endemia, il quale può andare incontro a fenomeni di stress e stato ansioso-depressivo reattivo, sia del paziente facile preda di stati depressivi a causa delle misure di contenimento.

Sono da tenere in considerazione anche le manifestazioni di panico e di isteria, che possono manifestarsi soprattutto in soggetti *borderline* all'atto dell'apertura post-*lockdown*, attribuibili a diverse cause (paura del contagio, incapacità a riprendere la vita all'esterno di casa, mancanza di protezione, timori per la ripresa del lavoro, ecc.).

## **Problematiche organizzative in ambito di medicina “pubblica”: cosa deriva dalla pandemia**

Gli MMG possono avere un ruolo di “equilibratore” nell’SSN, modulando i loro interventi tra cura e prevenzione, sorveglianza e monitoraggio a fronte di difficoltà oggettive che si riscontrano sul territorio. Dall’epidemia in corso possiamo trarre alcune riflessioni e porre delle questioni in merito alle problematiche attive in ambito di medicina “pubblica”:

- La differente situazione geografica e l’impostazione di ognuno dei 21 Servizi Sanitari Regionali incidono sulla qualità ed efficacia degli interventi: quindi, si pone la questione su quale modello adottare per le problematiche di salute collettiva, se centrale unificato o decentrato, al fine di omogeneizzare gli interventi e i risultati di salute.
- La differente organizzazione dei servizi territoriali favorisce la disuguaglianza del diritto uniforme alla salute, quindi importante è almeno una solida coerenza a linee guida uniche per tutto il territorio nazionale.
- L’ospedalizzazione e la gestione territoriale di primo livello/domiciliare delle acuzie, e non solo delle cronicità, diventa una realtà d’assistenza e cura da cui nasce l’esigenza di un nuovo modello di gestione.
- Si potrebbe prendere in considerazione la possibilità di creare un percorso comune di diagnosi e cura sul territorio (percorsi diagnostico terapeutici ospedalieri/territoriali) con ruoli, funzioni e responsabilità differenziate, al fine di ottimizzare i risultati di salute e la gestione delle patologie (croniche e acute) e di quelle cure intermedie garantite entro i soli spazi ospedalieri.
- Il rapporto tra ospedale e medicina del territorio dovrebbe riconoscere la sinergia fra questi settori d’intervento per un’ottimale gestione sanitaria. In questo modo si possono rendere compatibili, in un’economia di scala, le peculiarità dell’approccio territoriale alle cure con quelle dell’ospedale, ovvero di medicina generale e specialistica.

## Conclusioni

La complessa situazione ha chiamato tutti i professionisti sanitari ad affrontare una nuova sfida di dimensioni globali: nessuno era adeguatamente preparato e perciò si è fatto il possibile per affrontare questa nuova situazione in tempi così rapidi.

Tra medico curante (colui che si prende cura) e paziente sono emerse difficoltà sia oggettive che soggettive. Quelle oggettive si possono delineare negli strumenti disponibili, ma al contempo insufficienti ad affrontare tale gravosa situazione (soprattutto nella fase 1) – ad esempio i DPI –. Le difficoltà soggettive riguardano in particolar modo i limiti relazionali, i quali hanno presentato e presentano specifiche peculiarità nella relazione di cura.

Nell'ambito della medicina territoriale in emergenza pandemica, l'MMG si trova ad avere il complesso onere di bilanciare le difficoltà oggettive (strumentali) e soggettive (relazionali) di chi chiede cura e assistenza, ma ciò inevitabilmente si ripercuote anche sulla sua persona, sul suo operato e sullo sforzo di mantenere uno standard elevato di cura confrontandosi con tali reali difficoltà.

L'equilibrio atto a riconoscere una buona azione di cura, quindi, non è immediato in quanto esso si trova in quella relazione intersoggettiva (MMG, singolo paziente, comunità, ospedale) fortemente minata dall'epidemia.

I principi etici attraverso i quali poter definire *buono* un atto medico non cambiano in base alla situazione emergenziale che stiamo vivendo. Ciò che cambia è la modalità di applicazione di tali principi relativamente ad una circostanza particolare e di erogazione delle cure. In tale situazione pandemica i fondamentali principi in gioco sono principalmente due: il rispetto dell'autonomia e il principio di giustizia. Per l'MMG il bilanciamento tra questi è più facilmente applicabile nella quotidiana pratica clinica rispetto alle condizioni emergenziali che stiamo vivendo. Questo per il fatto che la realtà attuale è più complessa.

In emergenza pandemica il rispetto del principio di autonomia dev'essere rimarcato non solo per il paziente ma anche per il medico, che deve offrire le proprie competenze tutelando al contempo la propria salute occupandosi anche dei suoi stretti collaboratori, per il proprio bene e per poter continuare la propria professione a beneficio di tutta la comunità.

D'altro canto, il principio di giustizia richiama al contempo un'attenzione verso i bisogni di ogni cittadino e le necessità di un'intera comunità o Nazione. Per tali ragioni il compito dell'MMG dev'essere scrupoloso, perché solamente attraverso il poter prendersi cura, in modo proporzionato, di ogni singolo paziente può estendere attenzioni e cure ad un'intera comunità: essere in grado di garantire il fondamentale diritto alla salute di ogni cittadino comporta farsi carico del singolo nell'interesse di tutta la collettività. Ciò implica anche farsi carico della sicurezza dell'MMG nell'agevolare la sua opera, mettendo a disposizione presidi e organizzazione adeguati.

Questo comporta, dal punto di vista etico clinico, porre più attenzione verso la propria persona, la propria sicurezza, i pazienti, la comunità e la possibilità di svolgere al meglio la professione, ma anche, più in generale, a una sinergia tra la medicina specialistica ospedaliera e quella territoriale, talvolta non ancora pienamente realizzata.

In un sistema che si presuma debba sempre più considerare la relazione tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, si palesa l'immagine di una medicina pubblica, nella quale ogni ambito è direttamente collegato ad un altro grazie ad una diversificazione e ad una integrazione dei ruoli e delle funzioni, orientata all'assistenza e alla cura della persona e delle sue patologie.

Per affrontare tali sfide ricche di nuove complessità, l'MMG non è solamente, a pieno diritto, parte di una rete professionale attenta alla salute di ogni cittadino, ma ha anche il dovere di formarsi, di confrontarsi e di agire sinergicamente con tutti gli altri professionisti sanitari.

Le specifiche competenze professionali, tramite le quali l'atto di cura non si risolve in un'azione solitaria, devono realizzarsi in un contesto pluridisciplinare dal quale tutti coloro che si occupano di salute possano trarre beneficio.

## Bibliografia

1. Berlinger N, Wynia M, Powell T, et al. *Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional ethics services responding to covid-19. managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice*. Garrison, NY: The Hastings Center; 2020. <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19>
2. Gostin LO, Friedman EA, Wetter SA. Responding to COVID-19: how to navigate a public health emergency legally and ethically. *The Hastings Center Report* 2020;50(2):8-12. <https://www.thehastingscenter.org/centerreports/responding-to-covid-19-how-to-navigate-a-public-health-emergency-legally-and-ethically/>
3. Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC). Accordo collettivo nazionale per a disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D.LGS. N. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, 2018. <http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201011221610481056&idNews=201806141307557768&tit=&cat=&ddal=&dal=02/05/2020>
4. Italia. Corte Costituzionale. Sentenza n. 282 del 2002. <https://www.cortecostituzionale.it/action/SchedaPronuncia.do?anno=2002&numero=282>
5. Consulta Deontologica Nazionale. *Codice di Deontologia Medica*. Roma: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri; 2014. <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>
6. Italia. Legge n. 3, 11 gennaio 2018. Delega al governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza del Ministero della Salute. *Gazzetta Ufficiale* n. 25, 31 gennaio 2018. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg>
7. Italia. Atti delle Commissioni II (Giustizia) e XII (Affari Sociali) della Camera dei Deputati. Relazione audizione della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri sul suicidio assistito, 30 maggio 2019.
8. World Health Organization. *The World Health Report 2008. Primary health care (now more than ever)*. Geneva: WHO; 2008. <https://www.who.int/whr/2008/en/>
9. Italia. Decreto Interministeriale Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca -Ministero della Salute 4 febbraio 2015, n. 68. Riordino delle Scuole di Specialità di Area Sanitaria. <http://attiministeriali.miur.it/anno-2015/febbraio/di-04022015.aspx>
10. Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. Oxford: Oxford University Press; 1988.
11. American Medical Association. *Prioritizing the rest of health care in a public health crisis*. Chicago, IL: AMA; 2020. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/prioritizing-rest-health-care-public-health-crisis>
12. Berlinger N, Moses J. The five people you meet in a pandemic and what they need from you today. *Bioethics Backgrounder* 2007; special issue November: 1-14. <https://www.thehastingscenter.org/pdf/Pandemic-Backgrounder-The-Hastings-Center.pdf>
13. World Health Organization. *Guideline: recommendations on digital intervention for health system strengthening*. Geneva: WHO; 2019. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>
14. Ministero della Salute. *Telemedicina. Linee di indirizzo nazionali*. Roma: Ministero della Salute; 2014. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2129\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf)
15. Italia. Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14. Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.62 del 09-03-2020. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20G00030/sg>
16. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 Aprile 2020. [http://bioetica.governo.it/media/3997/p136\\_2020\\_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf](http://bioetica.governo.it/media/3997/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf)

17. Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva. *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*. Roma: SIAARTI 2020. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
18. Regione Emilia-Romagna. *Ospedali di comunità*. Bologna: Regione Emilia-Romagna; 2015 <https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/ospedali-di-comunita>
19. Regione Veneto. Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali. *BUR* n. 82/2002. <http://www.consiglioveneto.it/crvportal/leggi/2002/02lr0022.html>
20. Regione Veneto. Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23. Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. *BUR* n. 53/2012. <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095>
21. Regione Veneto. Deliberazione della giunta regionale n. 2718 del 24 dicembre 2012. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22. <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/Pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=244978>
22. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).

# Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19.* Versione del 7 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 10 maggio 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti.  
*Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 31 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev.)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie.* Versione del 17 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor.  
*Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 25 maggio 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19.  
*Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 23 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19.  
*Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 29 marzo 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS.  
*Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 30 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.)
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19.  
*Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2.* Versione del 3 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.  
*Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2* Versione del 7 aprile 2020.  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica  
*Raccomandazioni ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone rino/orofaringeo per la diagnosi di COVID-19.* Versione del 29 maggio 2020  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev. 2).

12. Gabbriellini F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M.  
*Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.  
*Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19.  
*Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.  
*Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.  
*Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19.  
*Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni.  
*Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 14 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev.).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.  
*Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19  
*Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19  
*Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario*



- emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19.  
*Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione dell'8 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti.  
*Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.  
*Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19.  
*Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19.  
*Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19.  
*Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.  
*Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.  
*Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19.  
*Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19.  
*Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.*  
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)