

## Dalla letteratura

### AIFA, sperimentazioni e conflitto di interessi

Scriva Andrea Capocci su *il manifesto*: «Un emendamento inserito al Dl Rilancio rischia di diminuire l'indipendenza della ricerca medica dalle aziende farmaceutiche. L'emendamento allenta le norme sul conflitto di interessi tra il ricercatore che valuta l'efficacia di un farmaco e l'azienda che lo produce. Finora, infatti, chi proponeva una sperimentazione clinica doveva dichiarare ad un apposito comitato etico – un organo composto per almeno un terzo da sanitari che non fanno parte della struttura che ospita la sperimentazione – di non aver alcun rapporto con l'azienda produttrice del farmaco oggetto della ricerca. Se l'emendamento verrà approvato, basterà dichiarare le relazioni con l'azienda, e sarà il comitato etico a valutare caso per caso se vi sia un reale conflitto di interessi»<sup>1</sup>.

La novità può sorprendere soprattutto perché – come sottolinea l'articolo – il direttore dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sarebbe d'accordo con questa apparente maggiore flessibilità istituzionale. Nicola Magrini è persona della cui integrità non si può dubitare: un esempio che ci permette di chiarire il primo punto sul quale bisognerebbe essere d'accordo per proseguire un dialogo sull'annoso problema del conflitto d'interessi: non è vero che non esistono bravi ricercatori che non abbiano ricevuto finanziamenti dall'industria. Come esistono eccel-

lenti ricercatori che collaborano con industrie pur disegnando e conducendo esemplari studi indipendenti.

Il secondo punto su cui dovrebbe essere consenso è il seguente: la ricerca finanziata dall'industria è generalmente di minore qualità, più esposta a distorsioni nel metodo, nei risultati e nella comunicazione degli esiti rispetto alla ricerca indipendente. Quindi occorre la massima attenzione<sup>2</sup>.

Terzo punto dal quale qualsiasi riflessione dovrebbe partire: è quasi impossibile fare qualcosa senza un finanziamento di aziende. Questo vale per l'aggiornamento professionale (basti pensare al rapporto tra ECM finanziata dall'industria e ECM prodotta dagli enti pubblici), addirittura per la formazione di medici, infermieri, ostetriche e farmacisti (sempre più spesso degli eventi sponsorizzati da aziende garantiscono crediti anche agli studenti universitari) e ovviamente per la ricerca.

Il quarto punto è che qualsiasi politica abbia provato a ridimensionare l'influenza delle imprese su assistenza e ricerca ha fallito. Le iniziative per rendere trasparenti i finanziamenti sono state solo un inutile appesantimento burocratico per i sistemi sanitari e non hanno disincentivato i passaggi di denaro dalle aziende ai medici. Le politiche editoriali che hanno imposto la disclosure dei finanziamenti ricevuti dagli autori di articoli da parte di aziende non hanno raggiunto risultati apprezzabili e la qualità dei contenuti

delle pubblicazioni scientifiche non ne ha sostanzialmente beneficiato. I codici di condotta delle associazioni dei direttori delle riviste medico-scientifiche sono dei documenti sconosciuti a gran parte delle persone che lavorano in ambito sanitario e quasi nessuna delle nuove riviste che nascono ogni giorno si adegua a quanto prescritto. I codici etici delle associazioni di categoria in ambito farmaceutico o dei dispositivi medici descrivono scenari che è ottimistico ritenere siano quelli reali.

C'è un quinto punto: accettare che le imprese giochino un ruolo non diverso da quello degli altri giocatori. Il discorso vale non solo per le aziende del farmaco o dei dispositivi ma anche per le società scientifiche o per le associazioni no profit. La ricerca clinica è uno sport di squadra e pertanto può essere una strategia vincente andare a vedere se uno spirito collaborativo può davvero portare a diversi e migliori risultati. Qualsiasi sport, però, presuppone delle regole. Nel caso della ricerca sono particolarmente stringenti e rispettarle è una condizione essenziale.

Ecco la scommessa: condividere spazio di gioco e regole può aiutare le istituzioni pubbliche a esigere integrità di comportamento da parte di chiunque accetterà la sfida di partecipare alla stessa partita. Se escludi un giocatore o lo costringi a giocare un campionato tutto suo, non potrai lamentarti se non si atterra alle regole che hai fissato. Ma se un giocatore con una maglia diversa vorrà partecipare al



Jing, Hospital.

Le fotografie di Jing sono tratte da Flickr Creative Commons, dalla serie "365 days project".

tuo campionato non potrà non impegnarsi a osservare le regole e potrebbe avere maggiori difficoltà a giocare su altri terreni con regole diverse.

Attenzione: è un cambiamento non trascurabile e può comportare maggiore responsabilità anche per le istituzioni.

## Bibliografia

1. Capocci A. Ricerca farmaceutica, regole soft sul conflitto di interessi. Il manifesto 2020; 18 giugno.
2. Dirindin N, De Fiore L, Rivoiro C. Conflitto di interessi e salute. Bologna: Il Mulino, 2018.

## CoViD-19 e discriminazioni

Sappiamo che esiste un problema di discriminazione razziale anche per quanto riguarda la salute. Negli Stati Uniti, le persone di origine latina e i neri americani hanno esiti delle cure peggiori del 30-40% rispetto agli americani bianchi. Chi nasce in una famiglia afroamericana o nativa americana ha un tasso di mortalità significativamente più alto e i bambini neri hanno il doppio delle probabilità di morire durante il loro primo anno di vita rispetto ai bambini bianchi. Le donne nere e native americane hanno due o tre volte più probabilità di morire per condizioni legate alla gravidanza rispetto alle donne bianche. Nel 2018, più di 26 donne su 100.000 di colore sono morte per cancro al seno rispetto a 19 su 100.000 donne bianche. La CoViD-19 sta uccidendo i neri a una velocità 2,4 volte superiore rispetto ai bianchi<sup>1</sup>.

La situazione sta peggiorando, perché sono ormai intrecciate due pan-

demie: la CoViD-19 e il razzismo. Per certi aspetti legate l'una con l'altra: basti pensare alla possibilità concreta che le proteste seguite all'omicidio di George Floyd possano estendere il contagio o al rischio che l'indossare una maschera sul viso da parte di una persona nera o di origini asiatiche possa innescare paure e conseguenti e reazioni violente. Invece di essere l'esempio del comportamento da buon cittadino che aiuta a controllare la diffusione di un potenziale contagio, una maschera protettiva trasforma chi la indossa in una possibile fonte del contagio. Negli Stati Uniti, l'insistenza con cui Trump ha voluto riferirsi alla CoViD-19 come «virus cinese» ha rinforzato la percezione di questa malattia come un pericolo a origine etnica. Il paradosso è che in alcune megalopoli cinesi le persone nere sono state sottoposte a quarantena forzata e a test anche se non sintomatici<sup>2</sup>.

«Per i gruppi sociali di origine asiatica, indossare una maschera in pubblico può aumentare il rischio di essere violentemente attaccati. In altre parole, mentre indossare la maschera è utile per salvaguardare la salute della comunità durante una pandemia, in una cultura razzista intensifica la minaccia della violenza contro le comunità etniche perseguitate. Una minaccia diversa dal coronavirus, ma questi attacchi e la xenofobia finiscono col rappresentare anche una minaccia per la salute pubblica»<sup>3</sup>.

La testimonianza di Gabriel Felix, psichiatra ad Harvard, sembra descrivere qualcosa di incredibile: «Con l'emergere della CoViD-19, ho passato del tempo a valutare i pro e i contro di indossare una maschera facciale nelle passeggiate serali per comprare la cena da asporto o andare al negozio

di alimentari. Spesso ho scelto di non indossarne una in modo da non essere percepito come "sospetto". Sono arrivato a limitare la frequenza con cui uscivo dopo il tramonto, sapendo che alcune persone avrebbero visto come una minaccia un uomo nero mascherato»<sup>4</sup>.

Ora non è il momento di smettere di notare il colore della pelle, scrive Sheela Ivlev. «Non aiuta e peggiora le cose. Devi riconoscere la differenza e rispettarla. Devi prenderti il tempo per comprendere le esperienze, i punti di forza e i limiti che caratterizzano ogni persona: questo si tradurrà in un trattamento più efficace e in migliori risultati per la salute»<sup>1</sup>.

Il World Economic Forum ha preparato una panoramica molto interessante, anche se davvero inquietante<sup>5</sup>. Qualcosa che in Italia possiamo faticare a comprendere. Meno male che esistono testimonianze preziose: «Le mie preoccupazioni sulla maschera servono semplicemente come esempio di come i neri vivono il mondo in modo diverso a causa del razzismo sistemico. La mia silenziosa speranza è che anche durante questo periodo spaventoso e incerto possiamo riconoscere il razzismo e il pregiudizio»<sup>4</sup>.

## Bibliografia

1. Ivlev S. Racism in healthcare and what we can do about it. Medium 2020; 11 giugno.
2. Vincent D. Africans in China: We face coronavirus discrimination. BBC 2020; 17 aprile.
3. Yam S-YS. Coronavirus: masks reveal racism, cultural differences and gov't incompetence. Hong Kong Free Press 2020; 18 aprile.
4. Felix G. Wearing a face mask helps protect me against Covid-19, but not against racism. Statnews 2020; 13 maggio.
5. Qasim S. How racism spread around the world alongside COVID-19. World Economic Forum 2020; 6 giugno.

Rebecca De Fiore

## CoViD-19 e il civile esercizio del dubbio

«Il dibattito sul metro o sui due metri non centra il problema. Ciò che conta è la combinazione delle misure di prevenzione: distanza fisica (almeno 1 metro e di più se possibile), lavaggio delle mani, maschere facciali in spazi chiusi ed evitare di stare in mezzo a molte persone. Stare a due metri non è la soluzione magica del problema». Ha ragione Richard Horton, direttore del *Lancet*, scrivendo su Twitter.

«Solo uno sciocco infrange la regola dei due metri. Questo è stato il mantra nel Regno Unito, dove i marciapiedi dipinti



e le insegne dei supermercati spingono le persone a rimanere a due metri di distanza per prevenire l'infezione da coronavirus», hanno scritto Carl Heneghan e Tom Jefferson sul quotidiano *Telegraph*<sup>1</sup>. «In Gran Bretagna stanno riconsiderando la regola dei due metri, con il sollievo di ministri e uomini d'affari che prevedono un futuro cupo per i settori del turismo e dell'intrattenimento attualmente privi di clienti». La fissazione su una determinata distanza mette in evidenza un modo ricorrente di affrontare il problema del rischio: «una falsa alternativa binaria tra sicurezza e pericolo», dicono Heneghan e Jefferson. Prova ne è che alcuni paesi hanno dato un'altra indicazione: la soluzione è a un metro e mezzo.

Ci si nasconde dietro una misura tutto sommato arbitraria per evitare di dover dire apertamente se si tiene di più alla salute o all'economia. «Se i governi riaprono e diamo benzina al virus, qualsiasi scommessa è perduta. Capisco le ragioni per far ripartire l'economia ma se non risolviamo la questione dal punto di vista della biologia l'economia non guarisce», ha scritto Erin Bromage, professore di biologia alla Massachusetts Dartmouth university, in un post letto 17 milioni di volte<sup>2</sup>. Trovare un punto di equilibrio non è semplice: «Il mondo economico sta valutando il disastro annunciato, oltre che nel turismo, a livello dei piccoli imprenditori, e spera che questa epidemia, come le precedenti, sia di breve durata», ha scritto Pier Aldo Rovatti. Ma, come fanno notare Heneghan e Jefferson, più che discutere sui centimetri di distanza dal virus, dovremmo interrogarci su quali siano le nostre priorità, individuali e sociali: le cose a cui teniamo di più. La scelta non è se essere sicuri a due metri o non sicuri a distanza di uno, ma se vogliamo correre più rischi o meno, e a che scopo.

In condizioni di incertezza ha poco senso decidere sulla base di studi imperfetti se la protezione dal contagio possa giungere a uno o a due metri. Piuttosto sarebbe saggio seguire il principio di precauzione: «È l'argomento più convincente per indossare indumenti o maschere per il viso, in particolare nei luoghi chiusi e sui mezzi pubblici, dove mantenere le distanze può essere difficile», scrivono Heneghan e Jefferson. «È un atto di considerazione nei confronti degli altri: coprire il viso impedisce che goccioline cariche di virus raggiungano altre persone e superfici dove altri possono toccarle». Aiuterebbe tutti, oltre ai tuoi affari, aggiunge Bromage.

Potrebbe addirittura essere il caso di smettere di interrogarsi su certe cose. La pandemia non può essere questione di centimetri. Ha ragione Rovatti: a ben vedere, ciò che stiamo cercando «è piuttosto una modalità che attenui e nel caso raffreddi la nostra ansia compulsiva di sapere tutto del virus»<sup>3</sup>.

## Bibliografia

Heneghan C, Jefferson T. There is no scientific evidence to support the disastrous two-metre rule. *Telegraph* 2020; 15 giugno.

Bromage E. The risks: Know them, avoid them. <https://bit.ly/3ijif0O> (6 maggio e aggiornato il 20 maggio).

Rovatti PA. Scrivere il virus. *Il Piccolo* 2020; 10 aprile.

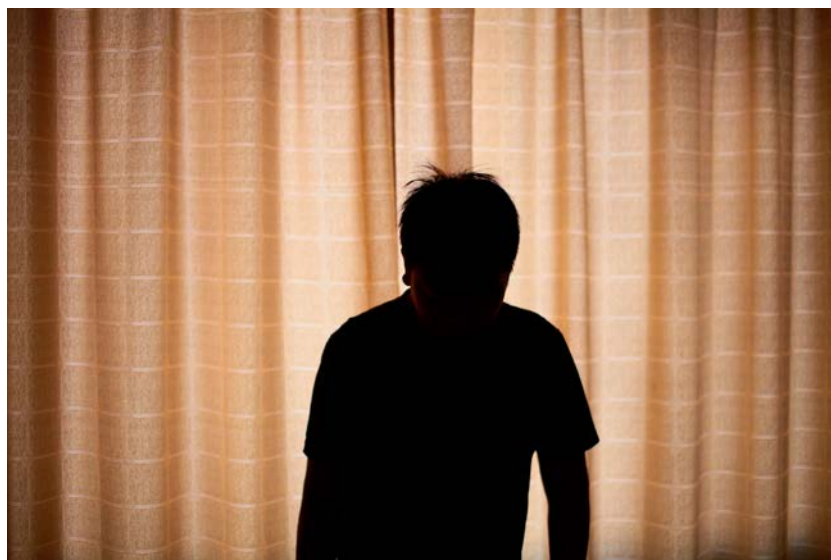
## Ioannidis: serve misura contro la CoViD-19

Nella lunga lettura preparata per lo Stanford Group of Greece, John Ioannidis parte dalla valutazione del contesto<sup>1</sup>. «La privazione è un fattore di rischio molto forte. Covid-19 è una malattia della disuguaglianza. Si nutre di disuguaglianza, colpisce persone svantaggiate, persone che abbiamo scartato dalla nostra società non dando loro sufficiente attenzione». I ricchi possono proteggersi rimanendo nelle proprie case, «ma qua fuori ci sono senz'altro che hanno bisogno di lavorare, persone con stipendi bassi e situazioni molto pericolose». Ma non si tratta solo di un problema economico: anche in presenza di altre condizioni il rischio aumenta terribilmente e questo può aiutarci a identificare le persone a rischio. Possiamo e dobbiamo fare qualcosa per proteggerle.

Le misure che sono comprese nei diversi "pacchetti" di lockdown sono frutto di una valutazione totalmente arbitraria, sostiene Ioannidis. Molti governi possono dire di aver risposto all'emergenza con un lockdown ma l'intensità e le caratteristiche di queste misure sono sempre diverse. «Ci

sono 1300 studi in corso o pianificati sulla CoViD-19 nessuno di loro è interessato al distanziamento fisico: tantissimi studiano le terapie, pochi sulla prevenzione e alcuni sui vaccini, ma non c'è nulla che valuti l'utilità del distanziamento sociale». Al punto che non esiste neanche un consenso sul significato dell'espressione. «Ad essere onesto, sono sicuro che molte di queste misure funzionano», ammette il ricercatore di Stanford. «Semplicemente non so quali e penso che alcuni di quelli potranno rivelarsi più efficaci e avere conseguenze meno distruttive rispetto ad altri».

Dovremmo concentrarci sulla durata della loro implementazione, sulla sequenza con la quale applicare le diverse misure, su come favorire l'adesione e il rispetto delle raccomandazioni o degli obblighi, come misurare la validità di quello che stiamo facendo. «Stiamo bloccando il mondo intero, una nazione, una città o una struttura residenziale per anziani, alcuni ospedali». Lo stesso principio trova mille applicazioni diverse e, con questo tipo di approccio, non sapremo mai cosa è stato realmente utile e cosa, invece, è stato inefficace o addirittura dannoso. In un tentativo nel complesso vano di valutare le decisioni assunte, si prendono come riferimento indicatori surrogati, dice Ioannidis che, per spiegare la propria posizione, ricorre ad esempi molto diretti: come stiamo misurando la frequenza di atti di violenza, l'aumento della disoccupazione o di suicidi? Ma, di nuovo, in che modo? «Qual è l'orizzonte rilevante? Siamo interessati solo a ridurre il numero di casi nelle prossime due settimane oppure siamo interessati a cogliere le conseguenze della crisi economica, o l'aumento di



Jing, 365 days project #35 Friend Fu.

atti di violenza causati dall'interruzione dell'assistenza per la salute mentale nel corso di mesi e anni, che può avere la conseguenza di aumentare l'impatto della covid-19 di dieci o di cinquanta volte?».

Però, l'emergenza sanitaria ha già insegnato molte cose: tra le più importanti è che il tasso di mortalità per la malattia può variare molto a seconda di chi sono le persone contagiate, qual è la loro età e il loro profilo di rischio. «Che cosa stiamo facendo per prenderci cura proprio di queste persone senza procedere a caso?». La buona notizia è che dal momento che conosciamo molti dei fattori di rischio potremmo sapere chi tutelare e dove, in modo da evitare di penalizzare tutti i cittadini in maniera indiscriminata.

Un altro bersaglio delle riflessioni di Ioannidis sono i modelli matematici che hanno fornito previsioni sulla diffusione del virus, avventurandosi talvolta persino in anticipazioni sul numero dei decessi che sarebbero stati registrati l'indomani, e sul numero di persone contagiate necessario perché si determini un'immunità di gruppo. Uno dei nodi centrali è dunque quello della possibilità di fare previsioni: «Non ho una chiave di lettura. Una nuova ondata potrebbe accadere, non dovremmo dire che siamo liberi e al sicuro dal virus. Sarebbe un'idea completamente sbagliata, ma non sappiamo quando e se e come potrebbe accadere. Dobbiamo solo essere preparati».

Come prepararsi? Dedicando attenzione alle popolazioni più a rischio e non perdendo di vista i determinanti di salute principali, che si sono dimostrati elementi decisivi per determinare una maggiore gravità della malattia. «Tra tutte le cose che ho letto e sentito,



Jing, 365 days project #68.

il mio voto per quella più ridicola viene dalla Grecia: il 17 marzo la consociata greca della Philip Morris ha donato 50 ventilatori alle unità di terapia intensiva del Paese» per abbassare la curva dei decessi.

Ioannidis raccomanda di usare le precauzioni più note, dal lavaggio delle mani alla vigilanza sulla funzionalità respiratoria al mantenimento della distanza fisica: «questo non interromperà la nostra vita così da tornare alle normali attività». CoViD-19 è una malattia della disuguaglianza e più si prolunga lo stato di emergenza e più aumentano le persone svantaggiate. «Per favore, non distruggiamo il mondo intero con misure eccessivamente radicali», dice Ioannidis.

John Ioannidis può sicuramente avere torto ma il suo punto di vista meriterebbe di essere discusso, confrontandosi sui dati e non pensando ai tratti di "punti di vista". Non solo in Italia sembra che la sanità sia incapace di rispondere in maniera articolata, adattiva, flessibile, orientata agli obiettivi. Si parla tanto di medicina di precisione ma ancora siamo lontani un mondo da una sanità di precisione, che sia alla fine capace di essere intelligente. Quanta strada ancora da fare...

### Bibliografia

1. <https://bit.ly/2Zov7tX>
2. Lenzer J, Brownlee A. John Ioannidis and the medical tribalism in the era of covid-19. *Undark* 2020; 11 giugno.



Jing, 35.

### Mi credevo invincibile: medici con la CoViD-19

«A metà marzo mi sono ammalato di CoViD-19. Per quasi sette settimane sono stato su un ottovolante di cattiva salute, sensazioni estreme e totale sfinimento. Sebbene non sia stato ricoverato in ospedale, è stato un periodo lungo e spaventoso. La malattia va avanti e ancora avanti, ma non se ne va mai. Gli operatori sanitari, i datori di lavoro, i partner e i malati devono sapere che questa malattia può durare settimane e che la coda lunga non è una "sindrome da affaticamento post-virale": è la malattia. Le persone che stanno male più a lungo hanno bisogno di aiuto per comprendere e gestire sintomi strani in costante mutamento che possono avere un decorso imprevedibile»<sup>1</sup>.

Paul Garner è medico e insegna alla Liverpool School of tropical medicine. Ha parecchi amici italiani come direttore del Centre for evidence synthesis in global health e coordinatore del Cochrane Infectious diseases group. Anche lui, come altri professionisti sanitari, si sentiva al sicuro essendo in buona salute e facendo attenzione a comportamenti, contatti e abitudini. Troppo ottimista. Scrupoloso nel disinfettarsi le mani con il cloro a un certo punto si è accorto di aver perso l'olfatto. Poi, tachicardia. Ancora: «Mi sentivo come se qualcuno mi avesse colpito alla testa con una mazza da cricket». Ogni giorno una sorpresa, ha raccontato nel blog del *BMJ*: «mal di stomaco, tinnito, formicolio, dolori dappertutto, mancanza di respiro, vertigini, dolori alle mani, strana sensazione sulla pelle con materiali sintetici».

È stato aiutato da una pagina Facebook - Covid-19 Support Group (have it/had it) - dove ha incontrato un sacco di persone che hanno attraversato la malattia, alcune del Regno Unito, altre dagli Stati Uniti. C'è chi è stato preso in giro dai familiari che non credevano fosse stato contagiato. Chi ha subito le pressioni dei datori di lavoro che non concedevano più di due settimane di malattia. «Nel corso delle settimane sono stato sostenuto da chi è intervenuto in silenzio per aiutarmi in modo discreto, ma nella maniera giusta e puntuale. Famiglia, amici, colleghi e vicini di casa. [...] Questo amore e questo supporto ci indicano una direzione per il nostro futuro. E oggi la malattia si è alleggerita. Per la prima volta, non sto male».

Tanti medici e infermieri si sono ammalati. «Siamo tra i professionisti più a stretto contatto con il corpo degli sconosciuti», ha confessato Michela Chiarlo a Gioacchino De Chirico in una conversazione sulla pagina Facebook dello hub culturale Moby Dick di Roma. Ma quando si tratta del proprio, di corpo, le cose si complicano. Medici che si credono al riparo da tutto, invincibili: era sicuro di esserlo anche Joseph Finkler, medico del dipartimento universitario di Emergency medicine di Vancouver. «Se avessi davvero avuto difficoltà a respirare e avessi avuto il respiro corto, sarei andato in ospedale. Odio essere un paziente. Non volevo aggravare il peso del lavoro dei miei colleghi. Non volevo portare il virus nel nostro pronto soccorso. Quindi ho pensato: "Mi sento un po' uno schifo. Fatico a respirare. Ma aspetterò. Se mi sentissi realmente male ci andrei, ma penso di farcela". Per me, era una febbretta, brividi, tosse e di sicuro un malessere generale»<sup>2</sup>.

«È molto difficile avere a che fare con un medico malato, anche perché non hai modo di rassicurarlo», dice Michela Chiarlo. Nel reparto CoViD-19

dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino, Michela ha curato diversi colleghi insieme a tantissimi altri malati e alcune di queste storie sono raccontate nel libro *Abbracciare con lo sguardo*<sup>3</sup>. «L'aspetto terapeutico della scrittura è anche ambivalente», ha spiegato a De Chirico. «Da un lato aiuta chi scrive e dall'altro sostiene chi legge. Scrivendo ho provato grande conforto ma penso lo abbiano avuto anche diversi colleghi che si sono ritrovati come curanti nelle pagine del libro». Lo storytelling - scriveva parecchi anni fa il sociologo Arthur W. Frank - è per un altro allo stesso modo che è per sé stessi. «Raccontare offre sé stessi come guida per la auto-costruzione dell'altro. Chi legge o ascolta riceve una guida che non solo riconosce lo storyteller ma gli conferisce valore»<sup>4</sup>. Come se l'uno entrasse nella storia dell'altro, scrive Frank. La tragedia della CoViD-19 ha tenuto tutti a distanza dal setting della cura. Tutti tranne i professionisti sanitari che, per il breve periodo del proprio turno, erano autorizzati a entrare "nello sporco" superando le barriere che erano in molti casi state tirate su in poche ore. I medici e gli infermieri che hanno voluto raccontare la propria esperienza lo hanno fatto per loro, certamente, ma anche per dar modo di entrare in un mondo che ai cittadini "normali" continua a essere precluso. Lo ha spiegato bene Chiarlo nella conversazione con Moby Dick: solo aprendo una porta virtuale o "letteraria" sarebbe stato possibile anche ai familiari dei malati avere un'idea anche lontana di ciò che stava avvenendo in quelle terapie intensive: suo marito è stabile, ma continua a respirare male; suo padre respira con il casco, speriamo di non doverlo intubare: cosa possono dire frasi del

genere ad una persona all'altro capo del telefono? «Raccontare storie di malattia è un tentativo - scriveva ancora Frank - di dare voce a una esperienza che la medicina non può descrivere».

«Le persone stanno facendo cose straordinarie nel nostro ospedale e in tutto il mondo», ha detto Finkler a un media canadese. «I dirigenti dell'ospedale passano notti senza dormire, fanno riunioni all'alba pianificando, incontrando persone, riflettendo: come possiamo riorganizzarci? Come possiamo aumentare la nostra capacità di assistenza? Molti stanno facendo tutto questo senza avere un dollaro in più. La pandemia mi sta dimostrando che tragedie del genere possono far emergere il peggio delle persone - penso a chi si accaparra carta igienica e disinfettanti per le mani - ma possono anche tirar fuori il meglio delle persone».

«Quando tutto questo sarà finito o saremo una grande famiglia o non ci potremo più vedere. Speriamo la prima», ha scritto Michela Chiarlo sul proprio blog.

## Bibliografia

1. Garner P. For 7 weeks I have been through a roller coaster of ill health, extreme emotions, and utter exhaustion. *BMJ Blogs* 2020; 5 maggio.
2. Warnika R. 'I thought I was invincible': a Vancouver doctor's story of contracting COVID-19. *National Post* 2020; 6 aprile.
3. Bosco F, Chiarlo M, Tizzani D, Zama Cavicchi F. *Abbracciare con lo sguardo*. Cronache dal reparto covid. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
4. Frank AW. *The wounded storyteller*. San Francisco, CA: California University Press, 1995.

Rebecca De Fiore



Jing, 365 days project #54.