

Dagmar Rinnenburger

La Germania si è mobilitata. Hanno fatto squadra i medici di famiglia e gli ospedali. Il territorio è stato rafforzato in modo notevole e creativo. Il sistema delle tre T ha funzionato.

Il 9 aprile *Salute Internazionale* ha pubblicato un articolo su [Covid-19 in Germania](#), dove riassume la situazione di allora con tre parole quasi banali, attribuendo alla Germania tre fattori a suo favore: la *fortuna* (perché all'inizio della pandemia c'erano pochi contagiati e di età decisamente minore che in Italia), il *tempo* per prepararsi e la *ricchezza*, sotto forma di ampia disponibilità di letti in terapia intensiva. **Dopo tre mesi ritorno sul tema. Non per fare confronti più o meno lusinghieri sull'abilità nel contrastare il virus. Il motivo non può essere che solidaristico: a una pandemia possiamo far fronte se uniamo le nostre forze e adottiamo comportamenti coerenti. Tutti, a livello internazionale come all'interno di un singolo Paese. La disfunzionalità nel procedere in ordine sparso è apparsa fin troppo evidente, anche in casa nostra.**

L'eroe invisibile

Confrontare dati epidemiologici e sistemi sanitari di vari Paesi presenta notevoli difficoltà. Restringiamo perciò lo sguardo sulla situazione tedesca a due aspetti: l'organizzazione delle disponibilità delle terapie intensive e il lavoro sul territorio. Non era solo la ricchezza dei tanti posti letto in terapia intensiva che ha aiutato nei momenti più critici. **Ancor più utile è stato un sofisticato registro dei posti letto, inventato da un "eroe invisibile"**, come l'ha chiamato la rivista mensile tedesca *Cicero*[1]. **Si chiama Robert Klosko.** Insieme alla moglie gestisce a Monaco "Bioculture", un'agenzia di comunicazione: un sito web di energie rinnovabili e prodotti sostenibili. Hanno promosso il marchio Bio della Baviera. Un loro datore di lavoro è l'associazione delle medicine intensive e della medicina d'urgenza (DIVI= *Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft fuer Intensiv und Notfallmedizin*). All'inizio di marzo tre medici del DIVI e un epidemiologo del Robert Koch Institut hanno chiesto a Klosko se fosse in grado di produrre un registro di tutti i letti di terapia intensiva. L'ondata di Covid-19 era in arrivo. Gli raccomandarono di sbrigarsi molto, per evitare la situazione che si cominciava a vedere in Italia. Si associa un anestesista della Charité di Berlino, che aveva un mini registro dai tempi dell'influenza suina, un'epidemia che alla fine non era finita così tragicamente; in seguito il registro era stato dimenticato. Klosko arrestava la sua attività e insieme a un suo programmatore, Florian Haeusler, si dedicò anima e corpo a predisporre il registro: del resto il DIVI pagava una somma a 4 cifre... **Il 17 marzo il**

registro era online, con tutti i numeri di telefono e le persone da contattare in caso servisse un posto. Jens Spahn, il Ministro della salute della Germania, faceva il regolamento. Non ci è stata nessuna gara pubblica, per cui il progetto poteva essere portato a termine in così poco tempo. Nel notiziario della sera in televisione veniva annunciata l'esistenza di un registro che aiutava i medici a trovare posto in terapia intensiva. Klosko si rese conto che doveva cambiare server per poter far fronte ai più di 100.000 click al giorno. Alla fine di marzo e all'inizio di aprile molti ospedali non avevano più posti letto liberi; ma al limite delle loro capacità erano solo singoli ospedali, mai regioni o città intere. Il registro[2] è visibile tramite la pagina del RKI, oppure consultabile direttamente. Le disponibilità sono divise in tre categorie: *low care* (ventilazione non invasiva), *high care* cioè ventilazione invasiva, *high care* e *terapia di sostituzione d'organi*. Indica dove è disponibile il sistema ECMO (extracorporeal membrane oxygenation). Una cosa notevole. **Normalmente ospedali e cliniche sono in concorrenza anche dal punto di vista economico: nessuno vuole dare pazienti ad altri e in genere non si rendono pubbliche le proprie risorse. Nell'emergenza la solidarietà è stata più forte.** Quando il Ministro della salute disponeva il regolamento del registro, il Robert Koch Institute e l'ufficio federale dell'igiene pubblica affidavano al SAS Institute (un'azienda statunitense di software) di rinnovare la banca dati. Klosko ha fornito i dati senza problemi: non lo vede come un fallimento. Adesso lavora su una banca dati di ventilazione meccanica ambulatoriale. Molti centri dispongono di questa capacità, ma nessuno sa quanti siano e dove si trovino; magari di ad una nuova ondata anche questo registro potrebbe essere utilissimo.

Il sistema delle tre T.

Il professor Ralf Reintjes, epidemiologo ed esperto di salute pubblica di Amburgo, riassume nel suo editoriale sul *BMJ* la situazione in Germania[3] . Al confronto con l'Inghilterra, il 23 giugno la Germania aveva circa metà dei casi su 100.000 abitanti (230 versus 451 e solo un sesto dei morti (10,7/100000 versus 63,2). **La Germania ha sviluppato un sistema intenso delle famose tre T (*testing, tracing, treating*) basandosi su strutture già esistenti, gli uffici d'igiene locali,** che sono stati mobilizzati e rivitalizzati. In aprile sia il governo che i Laender hanno investito su queste istituzioni. Ogni comune e ogni grande città ha un ufficio d'igiene con un ufficiale medico al vertice; questi uffici fanno parte del servizio sanitario pubblico. In tutta la Germania ci sono 375 uffici di igiene con 17.000 impiegati. Nell'emergenza Covid non bastavano; sono stati rafforzati con il servizio civile, con assistenti sanitari, assistenti sociali, con i boy scout e ogni tanto anche con i militari. Il personale nuovo veniva guidato da chi aveva esperienza nel sistema. La responsabilità di questi uffici sta crescendo. Si occupano del *tracing* e seguono le persone in quarantena; poi, **se il numero di infettati supera 50/100.000 abitanti in una settimana, viene**

eseguito un lockdown locale. Una misura che si spera permetta di evitare di chiudere di nuovo tutto il paese. I test e i loro risultati sono rapidi. *L'Economist* in un articolo del 28 maggio li ha chiamati i “**detective del virus**”. È un sistema che ha funzionato in Asia; era low tech fino all'arrivo della Corona App. La Cancelliera Merkel in persona ha prodotto un video messaggio tranquillizzando i cittadini sulla sicurezza dei dati, che non vengono memorizzati centralmente. Ha detto che è un aiuto prezioso che ci accompagna e protegge; aiuta la memoria, perché chi si ricorda di tutte le persone che ha incontrato? Il 2 luglio erano stati effettuati 14,4 milioni di download, circa il 17,3%, considerando che dal 15% in su dovrebbe cominciare a funzionare.

La chiusura di due comuni è stata necessaria a Gütersloh, dove si è creato un cluster di 1550 positivi per il coronavirus nella industria della carne Tönnies, un leader in questo mercato in Germania. Così è venuto alla luce quello che già si sapeva: condizioni di lavoro pessime, lavoro subappaltato che ha reso difficile il *tracing*, lavoratori dell'est scappati nei loro paesi. Il lockdown di questi comuni è appena stato prolungato di una settimana. La vicinanza fisica dei lavoratori, insieme alle condizioni di lavoro a basse temperature, hanno favorito il contagio. In Germania anche nel 2019 il consumo di carne è, seppure lievemente, ancora aumentato. Sembra che la certezza che la carne prodotta in modo intensivo faccia male non solo alla salute dell'animale ma anche al pianeta e ai lavoratori che uccidono in massa in condizioni pessime, non riesca ad arrivare al pensiero comune. Nel 2018 in Germania venivano consumati 88,6 kg di carne all'anno (in Italia 79,1): decisamente troppa. Possiamo fare dei pensieri di ampio respiro, considerando che tutto è connesso, il consumo di carne, la deforestazione, l'inquinamento, ma anche lo *spillover* (vedi influenza suina e aviaria). Un altro cluster di infezioni da Covid-19 si è visto in un isolato nel quartiere Neu Kölln di Berlino, una realtà dove vivono migranti di origine romena e altre persone di basso reddito in spazi ristretti. Sembra che il *contact tracing* abbia funzionato per contenere il focolaio. Intorno alla fabbrica della carne si è mobilitata anche la polizia per garantire la quarantena.

Il ruolo della medicina generale. Intervista alla dottoressa Andrea Jerusalem



Andrea
Jerusalem

Per quanto riguarda il secondo focus di attenzione - capire meglio il funzionamento della sanità nel territorio in Germania - abbiamo rivolto alcune domande alla dottoressa Andrea Jerusalem, specialista di medicina interna.

Dottoressa Andrea Jerusalem, lei lavora come medico di medicina generale in una piccola cittadina nella Renania Palatinato, sul fiume Ahr, dove si vive di turismo e viticoltura: come è stato il suo impatto con Covid-19?

Con preoccupazione ho osservato il diffondersi dell'epidemia prima a Wuhan, all'inizio dell'anno, e poi in Italia e Francia. C'erano poche informazioni in genere su come comportarsi: né dalle società scientifiche né dall'ufficio Federale d'igiene, né dal Robert Koch Institut (RKI). All'inizio avevo un paziente che veniva dall'Australia con una polmonite che non si risolveva. Pensavo a farlo testare per Covid-19, ma all'inizio ogni test doveva essere giustificato in forma scritta: il paziente doveva essere stato a Wuhan oppure aver avuto contatto con qualcuno che proveniva dalla regione. All'inizio tutti i tamponi andavano a Berlino.

E come è iniziata l'epidemia in Germania?

C'era il Carnevale e ci chiedevamo se dovevamo testare ogni persona che era stata in Italia. Dopo il Carnevale c'era il primo focolaio a Heinsberg e alcuni in Baviera. Ogni settimana il RKI cambiava il regolamento: all'inizio solo chi era stato a Wuhan, poi anche chi fosse stato in Lombardia. Però nessuno ci diceva come dovessimo fare.

Come avete risolto?



#blankebedenken (nudi pensieri)

Avevo poche risorse. L'azienda che mi mandava i prodotti medicali ne era sprovvista. Avevo poche mascherine: si ordinavano su Amazon a prezzi esorbitanti. Anche i disinfettanti diventavano rari. Immagini che un viticoltore locale donava la grappa alle farmacie che ne producevano un disinfettante. La situazione era così disperata che alcuni colleghi si sono fatti fotografare nudi per protestare.

Poi potevamo anche noi fare i test e i tamponi. Nell'organizzazione abbiamo dovuto essere creativi. All'inizio ho fatto venire i pazienti sul tetto-parcheggio sopra lo studio; lì c'era una collega munita di tutti i DPI a fare i tamponi.

E dopo con il lockdown?

Le scuole sono state chiuse il 16 marzo. Dal 23 anche il nostro ospedale andava in modalità emergenza. In studio abbiamo fatto tutti i consulti per via telematica; da adesso possiamo mandare certificati e prescrizioni per posta: prima non era possibile. Abbiamo installato il Plexiglass e i pazienti, se vengono, sono muniti di mascherina e guanti. All'inizio abbiamo visto ancora molte infezioni delle vie aeree. Avevo solo una donna giovane che aveva perso l'olfatto. Il tampone era negativo; in seguito gli anticorpi sono risultati però positivi. Visito tra 1400-1500 pazienti in tre mesi e quello era l'unico caso positivo. Il nostro comune Bad Neuenahr Ahrweiler ha circa 126.000 abitanti. In data 1 luglio c'erano 201 pazienti positivi, una persona è deceduta. Presto servizio anche in quattro case di riposo. Con modalità

diverse hanno tutte chiuso in tempo per tutti i visitatori e hanno effettuato uno screening regolare del personale, insieme con l'ufficio d'igiene che fa dei controlli a campione. Fino ad adesso sono rimaste libere infezioni Covid-19.

Come siete organizzati adesso?

Tra noi medici di famiglia (che in tedesco si chiama Hausarzt, letteralmente "medico di casa") abbiamo istituito un ambulatorio Covid-19, dove ognuno di noi presta servizio. Lì abbiamo adesso tutti i DPI necessari, così che i nostri studi non siano più esposti. Gli appuntamenti in questa struttura possono essere presi solo da altri medici di famiglia. Al momento la situazione è molto tranquilla: al mio ultimo turno in sede doveva arrivare un solo paziente, che alla fine non si è presentato. Per i pazienti con sospetto Covid-19 che sono malati gravi a casa abbiamo un servizio centrale di visite a domicilio. Purtroppo anche ora capita che vengano in studio pazienti con tosse e febbre senza appuntamento: ci dicono solo quando già sono entrati che hanno avuto contatto con qualcuno sospetto per Covid-19. Gli ospedali hanno ricominciato il servizio ordinario dal primo giugno; le scuole sono aperte per una parte dei bambini.

Dottoressa Jerusalem, come valuta globalmente l'impatto di Covid-19 in Germania?

Penso che in Germania il lockdown abbia avuto quasi più effetti negativi sull'economia che un impatto sul piano sanitario. Potevamo sempre contare su tanti letti in terapia intensiva e abbiamo avuto in proporzione pochi morti. Ma adesso le persone sono stanche, manifestano per la loro libertà e per il diritto alla scuola, anche se abbiamo molte meno restrizioni dell'Italia. Forse siamo stati avvisati in tempo. Adesso aspettiamo la seconda ondata, quando le persone si muoveranno con più libertà.

Conclusioni

In conclusione, emerge che la Germania si è mobilitata. **Hanno fatto squadra i medici di famiglia e gli ospedali con il registro dei letti di terapia intensiva; il territorio è stato rafforzato in modo notevole e creativo.** Malgrado tutti questi sforzi, rimane un dubbio: l'età media di tutti i casi Covid-19 in Germania attualmente è 48 anni (sceso dai 50 all'inizio dell'epidemia)[4], in Italia globalmente 61 anni[5]; ma negli ultimi 30 giorni anche in Italia l'età media degli infettati è scesa a 50 anni. La Germania ha eseguito fino al 28 giugno circa 5.800.000 tamponi, l'Italia 5.500.000 al primo luglio. Non è la differenza dei tamponi che può spiegare l'andamento tanto migliore della Germania. L'età media dei deceduti in Italia è 79,5 anni, in Germania 81. L'età, lo sappiamo, ha un ruolo fondamentale. La mortalità è solo un terzo circa nel confronto con l'Italia: sarebbe così se anche in

Germania si fossero ammalati i più anziani e fragili? La Germania ha a disposizione più letti di terapia intensiva e in tempi rapidissimi, ma i malati Covid-19 in media avevano più di 10 anni in meno.

Le ultime notizie sono che la Baviera ha deciso di testare tutti perché, come dice Söder, il primo ministro della Baviera: “È molto più costoso non testare invece di testare tutti”.

C'è un'altra buona notizia: dall'autunno del 2020 - scrive il giornale dell'ordine dei medici tedeschi[6] - inizieranno, prendendo come modello la Finlandia, i primi corsi universitari in una nuova materia: il “**Community Health Nursing**”. Rinforzo del sistema pubblico e ruolo centrale infermieristico: un futuro per la cura della cronicità, utile anche nei contesti pandemici. La decisione è guidata non solo dalla virtù ma anche dalla necessità visto che i medici di base scarseggiano sempre di più anche in Germania.

Covid-19. Numero Casi e Numero Morti in Paesi selezionati, al 7 luglio 2020 (Fonte ECDC).

	N. Casi	N. Morti
Germania	196.944	9.024
Italia	241.819	34.869
Francia	168.335	29.920
Spagna	251.789	28.388
UK	285.768	44.236
USA	2.938.625	130.306
Brasile	1.623.284	65.487

Bibliografia

1. Cicero 06/2020 pagina 86
2. [DIVI IntensivRegister: Webseite zur deutschlandweiten Abfrage freier Beatmungsplätze](#). Das Robert Koch-Institut, 16.04.2020
3. Editorials. [Lessons in contact tracing from Germany](#). *BMJ* 2020; 369:m2522
doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2522>
4. [Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 \(COVID-19\)](#). Das Robert Koch-Institut, 02.07.2020

5. [Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia](#). Epicentro.iss.it, Data ultima consultazione: 06.07.2020
6. [Hochschulen starten mit Studiengängen: Community Health Nursing](#). Aerzteblatt.de, 18.06.2020