

Inviata a:

[spm@postacert.sanita.it](mailto:spm@postacert.sanita.it);

[gab@postacert.sanita.it](mailto:gab@postacert.sanita.it);

[presidente@pec.governo.it](mailto:presidente@pec.governo.it);

[gemmao\\_m@camera.it](mailto:gemmato_m@camera.it);

[marco.lisei@senato.it](mailto:marco.lisei@senato.it)

Dott. Orazio Schillaci -Ministro della Salute

Dott. Orazio Schillaci -Ministro della Salute

On. Giorgia Meloni - Presidente del Consiglio

On. Marcello Gemmato – Sottosegretario alla salute

On. Marco Lisei - Presidente Commissione d'inchiesta

sulla gestione dell'emergenza sanitaria SARS-COV-2

Il 12 Novembre 2024 la Carta di Siena, ancora in fase embrionale, invio' una PEC al Governo e alle autorità sanitarie per denunciare le false dichiarazioni di Filippo Anelli, Presidente Nazionale dell'Ordine dei Medici, alla Commissione di indagine Parlamentare.

Furono allegati 4 documenti fondamentali del 2020 che inchiodavano il Ministero della Salute e gli Ordini alle loro responsabilità.

Gli atti sono la presa di posizione del CTS del Marzo 2020, poi invalidata dalla creazione delle USCA, ancora più invalidata dal pronunciamento del TAR del Lazio su ricorso di un sindacato Medico (SMI), che permetteva ai medici di famiglia di non attivarsi, poi smentito con parole di fuoco dal Consiglio di Stato, ma ribadito nel Gennaio 2021 dai Sindacati Medici.

Su questi presupposti sono stati colpiti dagli Ordini i medici disubbidienti.

Oggi Febbraio 2025 sentiamo l'ex Ministro della Salute Roberto Speranza ripetere impunito le stesse false dichiarazioni .

E, fatto ancor più grave apprendiamo dallo stesso Roberto Speranza che il protocollo ministeriale Tachipirina e vigile attesa è stata una invenzione dei novax.

**Chiediamo per costoro l'interdizione perpetua dai pubblici uffici.**

*In Italia 02.02.2025*

Giuseppe Barbaro Presidente

Daniele Giovanardi Vice Presidente

Di seguito missiva del 12 novembre 2024

*Parlo attraverso la mia esperienza di medico. Ho affrontato 47 anni di epidemie influenzali che in modo diretto o indiretto provocavano in Italia in media 20.000 morti all'anno specialmente con gli anziani con più patologie. Non uccideva il virus ma le complicanze non riconosciute e non trattate immediatamente. Il paziente fragile a rischio va seguito sin dal primo giorno da un medico esperto che visitando a domicilio il malato individua la complicanza e la tratta immediatamente: per es. antibiotici per una polmonite, diuretici ed antiipertensivi per uno scompenso cardiaco, aggiustamento dell'insulina per un diabetico, cortisonici ed eparina per contrastare fenomeni antiinfiammatori o trombotici, etc. etc. Per tutto il 2020 come i medici di IppocrateOrg e i medici di Terapie Domiciliari ho visitato in presenza decine di pazienti in presenza con ottimi risultati. Ma essendo stato fra gli estensori del piano pandemico del 2016 ho seguito con il massimo interesse i lavori del CTS (comitato tecnico scientifico). Il 10 Marzo 2020 il CTS chiede al Governo di obbligare tutti medici convenzionati con il SSN (medici di famiglia e pediatri ) a visitare a domicilio i pazienti affetti da Covid per tutelare i pazienti stessi e per evitare il collasso degli ospedali. In caso di rifiuto devono essere precettati. L'ordinanza di precettazione viene adottata ogni volta ci sia il "fondato pericolo di pregiudizio grave e imminente ai diritti della persona costituzionalmente garantiti" La mancanza delle visite domiciliari, secondo il CTS, avrebbe leso gravemente il diritto alla salute. Questo accadeva il 10 Marzo 2020. Colpo di scena. Un decreto legge del 17 Marzo del 2020 istituisce le USCA, Unità Speciali di Continuità Assistenziale. Art. 4-bis*

*(Unità speciali di continuità assistenziale)*

*1. Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dalla data del 10 marzo 2020, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.*

*L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, e per le attività svolte nell'ambito della stessa ai medici è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro per ora.*

*2. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1. I medici dell'unità speciale, per lo svolgimento delle specifiche attività, devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale e di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.*

TECNICO SCIENTIFICO

Al sensi dell'OCDCPC Nr 630 del 3 febbraio 2020

Verbale n. 23 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione civile, il 10 marzo 2020

Presenti:

Dr Agostino MIOZZO  
Dr Fabio CICILIANO  
Dr Giuseppe IPPOLITO  
Dr Claudio D'AMARIO  
Dr Franco LOCATELLI  
Dr Alberto VILLANI  
Dr Silvio BRUSAFERRO  
Dr Mauro DIONISIO  
Dr Luca RICHELDI  
Dr Massimo ANTONELLI  
Dr Gianni REZZA  
Dr Roberto BERNABEI  
Dr Francesco MARAGLINO

Il Comitato tecnico-scientifico acquisisce dall'Istituto superiore di sanità i dati epidemiologici aggiornati, con i relativi report, che mostrano la diffusione dell'infezione (allegato Infografica e bollettino ISS).

Il Comitato tecnico-scientifico ribadisce la necessità di adottare tutte le azioni necessarie per rallentare la diffusione del virus al fine di diminuire l'impatto assistenziale sul servizio sanitario o quanto meno diluire tale impatto nel tempo.

In particolare:

- In riferimento alle decisioni prese, nella serata di ieri, dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri di estendere le misure di contenimento già vigenti in alcune aree del Paese a tutto il territorio nazionale, il Comitato tecnico-scientifico valuta coerenti le misure adottate con il quadro epidemiologico configuratosi in Italia. Il comitato tecnico-scientifico valuta, inoltre, che potrebbero venire a configurarsi nei prossimi giorni situazioni locali in cui sia opportuno un ulteriore inasprimento delle misure di contenimento.
- Il CTS acquisirà quotidianamente i dati epidemiologici di Infografica.



~~RISERVATO~~

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROBLATE

- In riferimento alla richiesta di valutazione tecnica [redacted] [redacted] il CTS, dopo averne esaminato la scheda tecnica ritiene, attesa l'estrema urgenza ed in assenza della disponibilità di tute in Tyvex attualmente non disponibili sul mercato nazionale e internazionale, di poter esprimere comunque un giudizio di congruità rispetto ai requisiti precedentemente stabiliti. In allegato, si acclude la scheda tecnica.
- Al fine di evitare che si configuri una situazione di limitata disponibilità di emocomponenti sul territorio nazionale, il comitato tecnico-scientifico ritiene di sensibilizzare le autorità competenti a che vengano garantite sia la mobilità intercomunale dei donatori finalizzata alla donazione, sia l'attività di raccolta decentrata nei vari comuni del territorio italiano. Inoltre, il comitato tecnico-scientifico ritiene opportuna una campagna di sensibilizzazione alla donazione di emocomponenti da promuoversi e attuarsi sotto il coordinamento del Centro Nazionale Sangue.
- Il CTS ritiene che, oltre alle importanti misure di contenimento già adottate con il DPCM del 10/03, sia indispensabile garantire la gestione domiciliare dei pazienti febbrili paucisintomatici e non acuti da parte dei MMG e PLS per evitare ingressi non giustificabili clinicamente in ambienti ospedalieri di pazienti potenzialmente infetti. Tale presa in carico, in questa fase di espansione dell'epidemia su tutto il territorio nazionale, rappresenta una misura indispensabile di ulteriore contenimento e protezione.
- In caso di documentato rifiuto da parte di MMG e PLS di tale presa incarico si suggerisce come sanzione la revoca della convenzione individuale.
- Il CTS ravvisa l'esigenza dell'adozione di una norma giuridica che salvaguardi l'operato dei membri del comitato medesimo nell'esercizio delle proprie funzioni nelle condizioni di estrema urgenza ed incertezza tecnico-scientifica con cui sono tenuti ad operare, anche per i pareri tecnici che vengono richiesti.
- Il CTS propone che l'infografica ed il bollettino ISS rappresenti a partire dal venerdì 13/3 p.v. l'unica base di comunicazione dei dati su COVID-19 a livello nazionale e internazionale. Fino a venerdì incluso sarà prevista, in parallelo, la raccolta e la comunicazione anche dei dati del flusso quotidiano Regioni - Ministero Salute - Protezione Civile. Andrà data opportuna comunicazione su questo passaggio prima che vada a regime.

~~RISERVATO~~

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROBLATE

*Il decreto Legge che istituisce le USCA le definisce integrative ma non sostitutive dei medici di famiglia. Come mai allora rarissimi medici di famiglia effettuano visite a domicilio? Perché i medici di famiglia e i loro sindacati impugnano questo decreto, si ritengono esonerati dalle visite domiciliari e fanno ricorso al TAR Lazio. Il 16 Novembre 2020 il TAR Lazio da loro ragione esonerando i medici di famiglia dalle visite domiciliari. Il 18 Dicembre 2020 il Consiglio di Stato annulla la sentenza del TAR Lazio sottolineando il grave danno per i pazienti: "trarre dalle disposizioni in commento - scrive il Consiglio di Stato-, un vero e proprio divieto per i medici di medicina generale di recarsi a domicilio per assistere i propri pazienti alle prese con il virus, come sostenuto in prime cure, costituirebbe, per converso, un grave errore esegetico, suscettibile di depotenziare la risposta del sistema sanitario alla pandemia e di provocare ulteriore e intollerabile disagio ai pazienti, che già affetti da patologie croniche, si vedrebbero (e si sono invero spesso visti) una volta colpiti dal virus, proiettati in una dimensione di incertezza e di paura, e finanche abbandonati dal medico che li ha sempre seguiti". Ancora una volta lobbisti e sindacati hanno fatto bene il loro mestiere sotto lo sguardo protettivo dell'Ordine Professionale. Ed ecco la catastrofe della gestione domiciliare dei pazienti Covid.*

*Per un cavillo giuridico da Marzo a Novembre 2020, nel momento più acuto della malattia, il sindacato dei medici di famiglia a sollecitato i suoi iscritti a rifiutare le visite a domicilio facendo anche ricorso al Tar del Lazio. Solo a fine Novembre 2020 il Consiglio di Stato ha ribadito la correttezza della impostazione del Comitato Tecnico Scientifico risalente al Marzo 2020 confermando come la presenza del medico di famiglia fosse un capisaldo per la integrità fisica e psicologica dell'assistito. A fronte di questa sentenza escono nel Febbraio 2021 le linee guida della società scientifica del sindacato medici di famiglia ( largamente finanziate dalle case farmaceutiche) che conferma l'uso del paracetamolo e permette agli iscritti solo interviste telefoniche sino a 72 ore dall'esordio della malattia. Dopo le 72 ore, se il paziente-cliente si aggrava, viene sollecitata l'attivazione delle USCA e se il curante ha tempo e voglia, visite a domicilio. Esattamente il contrario quanto chiesto dal CTS e dal Consiglio di Stato. E il Presidente dell'Ordine Nazionale Filippo Anelli e i Presidenti Provinciali degli Ordini da che parte stavano? Considerando che la maggior parte dei Presidenti degli Ordini, Anelli compreso, sono medici di famiglia, con brillante carriera sindacale' non potevano che essere dalla parte dei loro iscritti e grandi elettori. E usufruendo del potere disciplinare abbiamo visto come si sono comportati con i medici che seguivano il codice deontologico e non le imposizioni dei sindacati.*

2020, 2021, 19 Gennaio 2022.

*Decine di migliaia di pazienti anziani e seriamente influenzati rimangono senza assistenza medica domiciliare, curati dai parenti dopo consulto telefonico (quando possibile) con il medico di famiglia.*

*Stessa terapia per tutti: paracetamolo e vigile attesa.*

*La mortalità schizza alle stelle.*

*Ma oggi 2024 finalmente giustizia.*

*I familiari dei defunti esultano.*

*Il dott. Filippo Anelli sindacalista dei medici di famiglia e Presidente dell'ordine nazionale dei medici assieme all'on. Notaio Alfonso Colucci spiegano in commissione parlamentare che si è trattato semplicemente di un grande equivoco.*

*Non si era colta la differenza, nelle lettura delle linee guida ministeriali del 26 Aprile 2021, fra prescrizione e raccomandazione, e nel dubbio si era seguita la prescrizione ( contraria a tutti i precetti della deontologia medica e al giuramento d'Ippocrate).*

*Il TAR del Lazio del 15 Gennaio 2022 aveva poi sentenziato che la linea guida ministeriale non era legittimata a condizionare i medici nelle scelte terapeutiche .*

*Per fortuna di noi tutti, dice Anelli, dopo mille cavilli legali il Consiglio di Stato il 19 Gennaio 2022 riabilita le linee guida ministeriali (erano semplici raccomandazioni) e fa ricadere la colpa delle mancate visite domiciliari e applicazione del protocollo paracetamolo e vigile attesa sui singoli medici quindi principalmente su Anelli.*

*Ma perché allora gli Ordini hanno messo sotto provvedimento disciplinare solo i medici che hanno onorato il Codice deontologico?*

12.11.2024

*Per i 250 medici aderenti alla Carta di Siena:*

*Dott. Daniele Giovanardi*

*Dott. Cesare Atticciati*

*Dott. Giuseppe Barbaro*

*Dott. Massimo Citro Della Riva*

*Dott.ssa Patrizia Gentilini*

*Dott.ssa Anna Rita Iannetti*

*Dott. Massimo Orlandini*

*Dott. Maurizio Romani*

*Dott. Giansalvo Sciacchitano*

*Dott. Riccardo Szumsky*

# La gestione della malattia COVID-19



Documento  
di indirizzo  
AIPO-ITS  
METIS





**29 di 53**

T	SINTOMI E CLINICA	TRATTAMENTO	GESTIONE	ANNOTAZIONI
<b>Paziente asintomatico</b>		Nessuno		
<b>Paziente paucisintomatico</b>	Sintomi da raffreddamento, alterazione gusto/olfatto	Terapia sintomatica Idratazione e riposo	Controllare temperatura corporea 2-3 volte al dì, contatto con MMG	
<b>Paziente con sintomi lievi &lt; 72 ore e senza fattori di rischio</b>	Sintomi da raffreddamento, tosse secca senza dispnea, febbre > 37,5 < 38,5 °C, alterazione gusto/olfatto, nessuna alterazione dello stato di coscienza	Paracetamolo fino a 1 gr x 3, EBPM a dosaggio profilattico solo se allettati. Antiossidanti Idratazione e riposo	Utile monitoraggio clinico telefonico almeno 2 volte al dì per TC, FR, saturazione O <sub>2</sub> basale e se possibile dopo WT	Non evidenza del beneficio di alcuna terapia antibiotica in assenza di sovrainfezione batterica conclamata. EBPM consigliate in particolare per prolungata immobilità
<b>Paziente con sintomi lievi &lt; 72 ore con fattori di rischio</b>	Febbre > 37,5 < 38,5 °C, alterazione gusto/olfatto, nessuna alterazione dello stato di coscienza	Paracetamolo fino a 1 gr x 3, EBPM a dosaggio profilattico solo se allettati. Antiossidanti Idratazione e riposo. Se SpO <sub>2</sub> < 92% valutare ossigenoterapia	Monitoraggio clinico telefonico, EGA se SpO <sub>2</sub> < 92%; valutare l'opportunità di attivazione dell'USCA.	
<b>Pazienti con sintomi moderati da &gt; 72 ore con o senza fattori di rischio</b>	Dispnea, tosse secca persistente, dolore toracico, FC > 100 bpm, febbre > 38 °C, astenia intensa	Paracetamolo, antiossidanti, EBPM (ad es. enoxaparina a dosaggio profilattico 4000 U.I. sottocute se allettati). Se SpO <sub>2</sub> ≤ 93% valutare ossigenoterapia e indicata terapia steroidea	Necessaria valutazione domiciliare (USCA, MMG), controllo parametri e SpO <sub>2</sub> 3 volte al dì, valutazione anamnestica accurata. Se SpO <sub>2</sub> < 92% valutazione per ricovero ospedaliero	
<b>Pazienti con sintomi moderati, con tendenza a protrarre la malattia oltre i 6-7 giorni o con sintomatologia che riprende dopo qualche giorno dalla sua remissione e con saturazione in deterioramento rispetto ai valori basali.</b>	Febbre > 38 °C, con o senza tosse/dispnea	Paracetamolo fino a 1 gr x 3, EBPM a dosaggio profilattico. Antiossidanti. Valutare la possibilità di intraprendere terapia steroidea (desametasone 6 mg/die o altro steroide a dosaggio equivalente) con attenzione al timing dell'intervento terapeutico e/o antibioticoterapia laddove si sospetti sovrainfezione batterica.	Monitorare strettamente il paziente (MMG/USCA) per percepire eventuali deterioramenti delle condizioni generali o respiratorie che richiederebbero ricovero ospedaliero	

**Tabella 4.** Schema sintetico per la gestione del paziente COVID-19.