



LE CURE PALLIATIVE PER LE FASI AVANZATE DELLA MALATTIA ONCOLOGICA DURANTE IL COVID

Gruppo di Studio Cure Palliative

Coordinatori: Galetto Alessandra Silvia, Garetto Ferdinando, Rivolta Maria Marcella

A cura del sottogruppo:

“Le Cure Palliative per le fasi avanzate della malattia oncologica durante il Covid”

Paolo Cotogni – Referente, Annalisa Cugno, Antonella Cremonti, Simona Garaventa, Mauro Mezzabotta

Documento approvato dai Coordinatori del Gruppo di Studio

Il giorno del ricovero in Hospice di un nuovo paziente è sempre molto impegnativo, direi forse il più impegnativo per operatori, famiglia, paziente... Si materializza una persona di cui abbiamo sentito parlare per giorni con al seguito la famiglia e valigie cariche di ansia, preoccupazione e dolore. “STOP al giudizio” è la parola d’ordine. E allora... “qui fate come se foste a casa vostra, non ci sono orari di visita, potete far venire i vostri bambini, fratelli, sorelle, vicini... tutti quelli che potranno essere per voi un supporto, anche il cane, il gatto con cui avete condiviso bei momenti, tutto ciò che è familiare e che vi riporta a quel calore della vostra casa”... Anche per Paolo tutto era iniziato così. Le sue due bimbe raggiungevano il letto del papà correndo nel corridoio. E adesso chi lo dice a Paolo che da oggi con le nuove disposizioni anti-Covid verranno designati due parenti che si dovranno alternare ogni 48 ore e che, di conseguenza, i figli e gli amici che passavano a trovarlo anche solo dieci minuti strappandogli un sorriso, parlando di macchine d’epoca, la sua passione, non potranno più venire. Paolo ha già il suo glioblastoma a cui rendere conto, a cui implorare di concedergli del tempo, quel tempo che gli serve per caricarsi di speranza guardando le bimbe, la mamma anziana, il fratello, la moglie stravagante, ma sempre attenta al minimo cambiamento.

Un giorno mentre eravamo in camera con altre colleghe, Paolo, guardando le foto delle bimbe con gli occhi velati di lacrime, ha detto: “Perché io non posso più vedere le mie figlie, non le potrò già veder crescere!!” E allora dopo l’ennesima riunione straordinaria di reparto, all’unanimità si decide di far vedere a Paolo le sue bimbe ogni 15 giorni. Si alternerà la mamma con la moglie e il fratello, per ora, non verrà più. Quando entriamo in camera cerchiamo di attirare la sua attenzione sul suo argomento preferito, parliamo di carburatori, di marmitte... Ma non bastava il glioblastoma? Sicuramente Paolo non morirà di Covid perché lo proteggiamo con tutti i dpi che l’azienda ci fornisce, ma la solitudine... per quella non abbiamo una terapia. Facciamo tutto quello che è possibile ma i pazienti hanno tutti le loro esigenze proprio come Paolo. Chissà quando sarà possibile rivedere i volontari.

La mamma, un giorno, sconfortata dalla situazione sempre più complicata, ha detto che se avesse saputo non avrebbe ricoverato il figlio ma lo avrebbe tenuto a casa; poco dopo ci chiedeva scusa dello sfogo.

Un giorno la figlia di una nostra anziana paziente, al capezzale della madre, cercava invano di trovare una giustificazione esaustiva per spiegare come mai non potevano alternarsi tutti e sei i figli; eppure quando il dottore era andato a casa le aveva detto che non sarebbe mai stata sola. A lei non interessa sapere quanto è rischioso ammalarsi di Covid, lei vuole la sua famiglia.

L’impegno di tutto il personale per alleggerire questa situazione che appare paradossale è evidente, ma alla fine per i nostri pazienti siamo solo operatori conosciuti nel momento più drammatico della loro vita, niente a che vedere con chi vorrebbero al loro capezzale e che deve stare a casa ad aspettare la nostra ultima telefonata.

Annalisa Cogno



Lavoro in un reparto “diverso” da altri sia pur presenti nello stesso presidio ospedaliero. E’ un Acute Palliative Care; da noi accedono pazienti con sintomi acuti di patologie in stadio avanzato. Molto spesso sono persone nel loro ultimo anno di vita. Nel 45% dei casi esse vanno incontro alla fine della loro esistenza mentre sono ricoverate da noi; altre vengono trasferite in Hospice. Solo alcune tornano al loro domicilio con l’assistenza delle cure palliative domiciliari.

Non è un “grande” reparto, quando non c’è una situazione di straordinario afflusso di pazienti da ricoverare in ospedale, ha nove letti attivi, ma in questo modo garantiamo una stanza singola a tutti i ricoverati.

I pazienti presentano sintomi che danno loro un’intensa sofferenza: dolore, dispnea, astenia, vomito, confusione, ma essi hanno spesso anche dolore totale, distress psicologico, fragilità sociale.

Siamo “diversi” anche per l’organizzazione che ci siamo dati per l’accesso dei visitatori. Siamo un reparto “aperto”, completamente aperto a tutti coloro che, familiari, amici, conoscenti, siano graditi ai nostri ricoverati. Questi visitatori possono entrare ed uscire a qualsiasi ora, anche più volte, in un numero non limitato, ma possono anche restare durante la notte, od anche per dei giorni consecutivi. E noi, infermieri, psicologi e medici, fedeli ad uno dei principi fondamentali delle cure palliative, ci prendiamo carico della persona malata e dei loro familiari con un approccio che prevede un’attenzione non solo ai loro bisogni fisici, ma anche psicologici e sociali, attraverso una disponibilità alla comunicazione, alla relazione che è continua nelle 24 ore.

Questa è la nostra missione e questo è il nostro modo di gestire la relazione con le persone ricoverate da noi. Ma a questo punto dovrei utilizzare un tempo passato al posto del presente per descrivere la nostra attività, perché non è più così da quando si è diffusa la pandemia da SARS-CoV-2.

Nel mese di marzo è cominciato un massiccio afflusso in ospedale di pazienti affetti da COVID-19. Inoltre, si sono iniziati a registrare casi di positività al SARS-CoV-2, o sintomi di COVID-19, sia tra i pazienti già ricoverati sia tra gli operatori sanitari. Per questa ragione la Direzione Sanitaria ha disposto che l’accesso dei visitatori fosse sospeso.

L’impatto di questa disposizione della Direzione è stato dirompente sul nostro modo di operare. La domanda che sorgeva da tutti era come fare ad ottemperare agli obblighi indicati dalla Direzione continuando ad erogare le cure palliative con lo stesso approccio.

Dopo diverse riunioni tra noi per soppesare rischi e necessità, abbiamo deciso di chiedere alla Direzione di autorizzare l’accesso e la presenza di un visitatore nelle 24 ore per ogni paziente. Nel contempo, ci siamo impegnati ad osservare le norme che regolano l’utilizzo dei dispositivi individuali di protezione e l’esecuzione del pre-triage dei visitatori raccogliendo, ogni giorno per ogni visitatore, i dati delle loro dichiarazioni in moduli che alleghiamo nella cartella del paziente.

L’aver ottenuto l’autorizzazione per questa scelta organizzativa è stato molto apprezzato dalle famiglie dei nostri pazienti, ma anziché risolvere il problema l’ha ulteriormente complicato. Sembra impossibile ma è così. Perché se un divieto d’accesso è per tutti i visitatori, la concessione di un permesso d’ingresso impone delle scelte, dolorose, difficili, dilanianti, non solo per noi operatori, ma soprattutto per i familiari e per gli stessi pazienti.

M., 34 anni, affetto da glioblastoma non più suscettibile di terapie attive, è rallentato ma ancora in grado di relazionarsi con altri. È sposato da molti anni ed è molto legato a sua moglie; i suoi genitori sono vivi. Sua madre ci dice “c’ero quando è nato, non mi allontanerò mai dal suo letto perché voglio essergli sempre accanto, tutti i giorni fino alla fine della sua vita”. Lui deve fare una

difficile scelta tra sua madre e sua moglie. Sceglie di aver vicino la madre, che gli resta accanto giorno e notte sino al decesso e la moglie, alla quale abbiamo garantito colloqui psicologici frequenti, ha sofferto di questa scelta.

G., 77 anni, ha avuto una diagnosi recente di tumore del polmone. La dispnea è di difficile controllo e quando diverrà intollerabile lei dovrà essere sedata. E' vedova, vive da sola, ma ha quattro figli. Deve scegliere chi tra i suoi figli indicare che le stia accanto per primo, ma non sa se nella rotazione dei figli avrà tempo a sufficienza per congedarsi da ognuno di loro come vorrebbe.

F., 46 anni, ha un tumore epatico con ittero ingravescente. Ha solo i genitori che hanno entrambi 85 anni e vengono assieme in auto da fuori Torino per visitarlo tutti i giorni. Un giorno entra la madre, quello seguente il padre; l'uno aspetta l'altra su una sedia fuori dal reparto, a volte anche per delle ore.

A., 45 anni, ha un'occlusione intestinale maligna secondaria alla carcinosi peritoneale da tumore ovarico. Ha tre figli minori. Il padre viene in ospedale con i figli, spesso con tutti e tre, perché da quando la mamma non è più in casa non vogliono separarsi tra di loro, si fanno coraggio a vicenda. Quale operatore, sia pur esperto nella comunicazione e nella relazione, conosciuto solo da ore/giorni, può al letto di una persona alla fine della vita sostituirsi efficacemente ad una madre, un figlio, una moglie?

È vero, chi si ammala di COVID-19 muore senza aver il conforto di alcun familiare e forse i nostri pazienti potrebbero essere considerati dei fortunati ad avere avuto almeno una persona amata accanto negli ultimi giorni della loro vita.

Non c'è sufficiente questo pensiero. Viviamo questo periodo di regolamentazione, e quindi limitazione, degli accessi con grande sofferenza. Sofferenza personale di tutti gli operatori che nasce di riflesso dalla sofferenza dei familiari e dei pazienti. Complesso è spiegare, giustificare con esigenze di salute pubblica questa limitazione. I pazienti vivono questa situazione spesso come una realtà di solitudine per alcune (molte) ore del giorno perché i familiari non possono darsi il cambio. I familiari fanno molta fatica a comprendere “mio padre, mia madre, mio figlio, mia figlia, mio marito, mia moglie ... sta morendo ed io (noi) non posso stargli/le accanto?”; fanno fatica a sostituire la visione del particolare (quello che perdono in maniera irrecuperabile in termini di relazione) con una visione generale del bene comune (salute pubblica).

Ed allora, cosa abbiamo fatto? Abbiamo derogato alle regole. Abbiamo fatto eccezioni. Ci siamo aperti alla flessibilità, assumendoci potenziali rischi e bilanciandoli con la certezza di dare risposta ai bisogni di affetto, relazione, vicinanza dei nostri ricoverati. Soprattutto abbiamo fatto in modo che nelle ore del fine vita, i pazienti avessero il conforto della presenza delle persone che erano state importanti nella loro esistenza.

Non sappiamo se stiamo facendo “la cosa giusta”, ma abbiamo deciso di farla.

Paolo Cotogni



Il 4 marzo 2020 alle 7 del mattino, davanti all'ingresso dell'ospedale di Tortona, trasformato durante la notte in H-Covid, presidiato dai Carabinieri, ho provato smarrimento e solitudine.

Non potevo accedere al posto di lavoro.

Persone ai vertici ASL, con un megafono, intimavano ai presenti di tornare a casa e che avrebbero fatto sapere come lavorare.

Ma io dovevo lavorare e con me la mia equipe, i nostri pazienti a casa ci stavano aspettando, alcuni erano sedati e altri ci aspettavano per le terapie.

Non potevamo avere risvegli in sedazione.

L'equipe compatta con mezzi propri si è trasferita quella stessa mattina presso la sede di Novi Ligure per recuperare il necessario (farmaci, oppiacei, presidi) e cercando di ricordare tutti i pazienti della giornata. Ho chiesto e ricevuto aiuto dai colleghi psicologi di Novi, necessitavo di almeno due locali per evitare sovraffollamento di personale. Non avevamo D.P.I., in una prima fase ce li siamo acquistati, successivamente ci sono stati donati (anche dai nostri pazienti) e infine sono arrivati dall'azienda. Per parecchio tempo abbiamo indossato sacchi dell'immondizia come calzari.

Il nostro planning, i documenti, le cartelle e le chiavi delle auto di servizio ci sono stati recuperati dalle colleghe oncologhe che, con i carabinieri, sono riuscite ad entrare in ospedale.

Le altre sedi di cure palliative, essendo locate nei distretti, hanno avuto solo la carenza di D.P.I, anche qui acquistati dal personale poi arrivati dall'azienda.

Dopo circa dieci giorni di trasloco, chiedo ed ottengo colloquio con Commissario H. Covid che, comprende il nostro lavoro, ci fa rientrare nei locali occupati in precedenza e ci assegna un locale spogliatoio (vestizione).

Cresceva il mio senso di solitudine: il “dover chiedere” per ottenere, per lavorare ma l'equipe era con me sempre; questo è stato il nostro punto di forza, nessuno si è lamentato per le difficoltà, gli orari di lavoro più lunghi anzi mi hanno supportato.

In questa postazione ad aprile è arrivato un infermiere neoassunto, non è stata facile la sua formazione in Covid ma è riuscita.

Ci siamo ricordati il nostro passato lavorativo e da lì abbiamo lavorato sul presente: io da ex 118 specialista in anestesia, gli infermieri da sala operatoria e area critica.

Abbiamo fatto un triage telefonico quotidiano creando ogni giorno una “lista operatoria” dal paziente pulito a quello “sporco”. Abbiamo erogato il servizio con la stessa tempistica e modalità di prima del Covid in ogni postazione, i pazienti non ne hanno risentito e il numero delle prese in carico è stato costante. Sono state frequenti le telefonate con i colleghi delle altre postazioni per confrontarci e sentirci vicini.

Le famiglie ed i MMG hanno avvertito ancora di più la necessità del fine vita in famiglia, tra i propri affetti e con il nostro servizio si è raggiunto il target.

A Tortona i medici palliativisti hanno coperto alcuni turni in Covid, causa malattia degli ospedalieri, si sono resi disponibili per sedare pazienti Covid, per un confronto, per sedazioni in DEA (soprattutto a Novi Ligure), per disponibilità telefonica ai medici USCA. Il tutto non attraverso procedure aziendali ma con la buona volontà degli operatori per il bene del paziente.

Abbiamo agito così sempre poi però qualcosa non ha funzionato.

Ai primi di ottobre una grande parte dell'equipe di Tortona si è ammalata e i contagi si sono diffusi anche alle famiglie. Sono rimasta sola con l'infermiere neoformato (1 medico e 4 infermieri



positivi), con poco più di 50 pazienti a domicilio e ho dovuto riorganizzare il lavoro, grazie al supporto di 1 o 2 infermieri di Novi, con i limiti della non conoscenza di paziente e caregiver.

Come se non bastasse per una settimana anche il neoformato si è ammalato, non di Covid. Dimenticavo, dal 1 novembre l'ospedale di Tortona viene riconvertito in Covid.

Abbiamo avuto il decesso della mamma di un'infermiera e un'altra mamma è ricoverata in terapia subintensiva ormai da quasi un mese.

Sono rientrate al lavoro solo due infermiere ma purtroppo gli esiti della polmonite da Covid necessitano di trattamenti riabilitativi e di tempo. Quello che più mi preoccupa è ciò che il Covid lascia in noi come persone, nei nostri sentimenti e in chi di noi è stato privato dell'affetto genitoriale. Lì dovremo lavorare come equipe, spero di riuscirci e che lo psicologo dell'equipe sia di aiuto.

Ad oggi temo il mio prossimo tampone di screening, mi chiameranno a giorni. Sto bene ma non vorrei risultare positiva asintomatica, altrimenti sarebbero problemi per la sede di Tortona.

Cerco di allontanare questo pensiero, sono in autoisolamento fiduciario da tempo ormai, (gestisco al telefono mia madre ottantenne) e con gli infermieri residui vado avanti. Il ruolo di Responsabile è in secondo piano rispetto al ruolo attivo necessario.

I pazienti continuano ad essere gestiti come ad inizio pandemia, le proposte vengono convertite in cartelle con la stessa tempistica.

Attendo e spero in tempi migliori, pur temendo un terzo picco visto che da oggi siamo in zona arancione....

Antonella Cremonti



Quando Paolo ci ha proposto di scrivere un contributo personale a chiusura dell'attività del Gruppo di Studio ho iniziato a ripercorrere nella mente le nostre riunioni e i contenuti delle nostre conversazioni online. Ricordo molto bene il periodo del primo incontro, la fine di agosto: la pandemia da SARS-COV2, dopo la prima ondata dell'inverno - primavera, ci aveva concesso un'estate relativamente tranquilla ma i numeri dei contagi stavano tornando ad aumentare.

Nell'analisi del nostro vissuto pandemico alcuni temi sono stati ricorrenti: ci hanno accompagnati costantemente riflessioni sulla solitudine, sulla disorganizzazione e sulla mancanza di mezzi e di strumenti per gestire la pandemia. Sono proprio le parole spese sulla solitudine che mi hanno molto colpita, nascevano dal dolore e dallo sgomento per i malati che morivano completamente soli ma descrivevano anche la chiara percezione della nostra solitudine come operatori della sanità: eravamo accomunati dal non aver ricevuto e dal non ricevere indicazioni tempestive su come comportarci, siamo stati lasciati "soli a decidere" cosa fare in un contesto di caos generale....Penso ad esempio, durante la prima ondata, all'insufficienza dei DPI che ha messo seriamente in discussione l'attività che avevamo da svolgere, l'assistenza ai nostri malati. Sì perché i nostri malati, essenzialmente COVID19 negativi, continuavano ad essere i "NOSTRI" malati in un sistema che si stava malamente organizzando per assistere prioritariamente i soggetti COVID19 positivi.

Sebbene, rispetto alle numerose attività di gruppo che ho frequentato nel corso degli anni, mi sia più volte capitato di credere di aver perso tempo, non è ciò che è accaduto per il Gruppo di Studio su Cure Palliative e COVID19. Ritengo che le nostre riunioni siano state utili, a tratti rassicuranti. Condividevamo la consapevolezza della nostra fragilità innanzi agli eventi; il desiderio di ciascuno di noi di arricchirsi dell'esperienza degli altri mettendo a disposizione la propria ci ha resi particolarmente "accoglienti", anche se durante gli incontri ho maturato la convinzione che i colleghi siano accoglienti a prescindere dalla pandemia.

Ci siamo confrontati su ciò che è accaduto ed accade sia a livello domiciliare, sia negli hospice e in ospedale. Voglio ricordare alcuni temi affrontati, circa i quali le nostre discussioni mi sono state di supporto per organizzare la mia attività. Innanzitutto siamo stati subito concordi sul fatto che impedire ai caregiver l'accesso agli hospice sarebbe stato snaturare le Cure Palliative, mentre crediamo che in epoca di pandemia tale accesso debba essere limitato e regolamentato ma non impedito. Sicuramente interessanti e produttivi sono stati i dibattiti sui tamponi, sulle modalità di eseguirli, sull'uso per sorveglianza degli operatori sanitari in Cure Palliative, sulla necessità (e la difficoltà) di effettuarli ai pz in ingresso in hospice e poi ancora sul confronto tra l'antigenico e il molecolare nelle nostre esperienze e l'ipotesi di effettuare il tampone rapido ai caregiver che accedono all'hospice.

Ci siamo immediatamente resi conto di essere tutti "sulla stessa barca", fragili ma determinati a capire come dare il nostro contributo nel modo più efficace possibile. Credo che essere parte di una "RETE" debba avere come obiettivi prioritari il supporto reciproco, il confronto e la possibilità di pianificazioni condivise; sono convinta che il nostro Gruppo di Studio debba essere considerato un esempio ben riuscito di Rete.

Alessandra Silvia Galetto



Il mio racconto di pancia, se così vogliamo definirlo, ha un inizio nebuloso.

A Febbraio quando cominciano a comparire i primi casi, viene a mancare mia madre di cancro.

Sono stata infermiera, figlia, oss, psicologa. Lavoravo nel mio servizio e proseguivo ininterrottamente a casa senza tregua.

Non ho vissuto il lutto, non me lo sono potuta permettere perché il dopo è stato puro delirio organizzativo.

Dalla ricerca di locali idonei e fatiscenti per le vestizioni.

La ricerca spasmodica di vestiario protettivo idoneo, la lotta per far capire alla dirigenza che per ogni paziente che visiti a domicilio hai bisogno di un cambio.

Procedure territoriali sulle prese in carico e gestione interventi, basati sulla buona pratica e la buona volontà di ognuno di noi.

Quante ore attaccata ad internet per donare, con i pochi spiccioli della mia Associazione tute, visor, mascherine ed a richiedere dpi dall'asl con codici sempre diversi e faccine rosse, quasi a prenderti in giro.

Ma il lavoro è proseguito. Triage telefonici, sedazioni terminali Covid anche in strutture, apertura cartelle dove i medici di famiglia non volevano andare.

La burocrazia immensa ci ha "aggredito" ogni giorno un nuovo modello da compilare ed inviare a decine di indirizzi mail intasati.

Nel frattempo contraggo il Covid. Venti giorni infernali, vissuti a casa, tra terapia desaturazioni e un ventaglio di sintomi cardiaci importanti.

Il non aver fatto la tac all'epoca, mi ha comunque comportato uno distress respiratorio che sto curando ancora ora.

Poi arriva la tregua L'epoca dei negazionisti.... L'estate ... ma noi sanitari sapevamo già cosa ci aspettava. E difatti eccoci qui a confrontarci, a contare i caduti, i colleghi infettati, gli amici persi, a guardare negli occhi i pazienti spaventati oltre che dal loro male, a volte anche da noi.

Ci presentiamo come marziani e l'unico gesto empatico è lo sguardo o la parola.

Vorrei che non fosse la politica a farla da padrona sulla sanità, ma penso sia un'utopia.

W la meritocrazia, W chi ha ancora voglia di mettersi in gioco, W la generosità degli operatori sanitari. W tutti noi.

Con affetto immenso

Simona Garaventa

"Da lontano". Emozioni COVID 19.

“Io, medico palliativista del Mauriziano, ho affrontato la pandemia, da lontano. Per motivi di salute ho vissuto dal domicilio in cui ero costretto, lo strenuo impegno di medici ed infermieri dell'ospedale, da lontano. I contatti telefonici con i colleghi mi facevano immaginare storie tratte da libri, caricature vivide di colori accesi. Non bastasse, personaggi bislacchi della TV non sempre in buona fede, partorivano da lontano fiumi di opinioni surreali che, anziché' attenuare le mie fantastiche rappresentazioni, le ingigantivano e mi portavano ancora più lontano.

La stanchezza vera, fisica e mentale, di quanti si sono adoperati a respingere la prima ondata di infezione non può essere compresa da lontano. Stancarsi fino allo stremo, a volte contrarre la malattia che si è chiamati a combattere, un medico vuole sentirlo sulla propria pelle, solo averlo provato può farlo commuovere quando racconta. La mia difficoltà a comprendere è stata la stessa di molti familiari di medici ed infermieri impegnati. La conclusione del turno di lavoro, il rientro a casa, non è stato nei modi desiderati per chi non si è risparmiato. Il solo sospetto di un indesiderato regalo, ha imposto loro un'accoglienza da lontano, non l'auspicato meritato abbraccio. Un sacrificio straordinario per una separazione fisica dagli affetti, con il solo "grazie" ipocrita della TV. La famiglia, da lontano, purtroppo come me”.

Dal punto di vista pratico, credo che le difficoltà al Mauriziano (sempre presenti ed in particolare nel periodo Covid) possano essere riassunte nei seguenti punti:

- le dirigenze mediche ed amministrative hanno difficoltà a comprendere quale sia il ruolo del palliativista. Spesso identificano le cure palliative con l'assistenza al malato oncologico in punto di morte. Quindi a che serve nell'emergenza Covid? Gli infermieri sono in genere molto più consapevoli del significato delle cure palliative;
- non si conosce o si sottovaluta il ruolo che il palliativista svolge nella relazione con il care giver ed i familiari;
- il calo delle consulenze durante il periodo dell'emergenza, in concomitanza con la destinazione per i malati Covid dei letti che venivano utilizzati per le cure palliative, dimostra implicitamente, almeno in parte, che le consulenze vengono richieste principalmente con la finalità di trasferire il malato e non per l'appropriatezza dell'indicazione;
- difficoltà a comprendere che in contesti di discussione multidisciplinare il coinvolgimento del palliativista possa rivelarsi utile (le cure palliative viste come fede, ci credo/non ci credo);
- difficoltà a comprendere a quali pazienti richiedere una consulenza di terapia antalgica e a quali quella di cure palliative per il controllo del dolore;
- discende dalle tutte le precedenti, il mancato coinvolgimento del palliativista nell'unità di crisi nell'emergenza Covid.

Mauro Mezzabotta