

Amedeo Vittorio Bedini

LA SALUTE AI TEMPI DI SARS-COV-2

Il Caso Lombardo



Il Sonno della Ragione

Genera Mostri

La Salute ai Tempi di Coronavirus - Il Caso Lombardo

Il Sonno della Ragione Genera Mostri

Amedeo Vittorio Bedini*, 4 maggio 2020

1.	Premesse e Avvertenze	1
2.	Salute: Competenze Statali, Competenze Regionali	3
3.	2015: la Riforma del Sistema Sanitario Lombardo	4
4.	Quattro Anni dopo	6
4.1	Il Polo Ospedaliero	6
a.	Letti per Acuti	6
b.	Terapie Intensive (TI)	6
c.	Alte Specialità: il Caso della Cardiochirurgia	6
4.2	La Rete Territoriale	7
4.3	Acquisti e Approvvigionamenti	8
5.	Il Rischio Pandemico	9
5.1	Una Premessa: la Sepsi Ospedaliera	9
5.2	L'Evento "Cigno Nero"	10
5.3	Il Piano Pandemico di Regione Lombardia	11
6.	Gestione dei Primi Casi Covid-19	13
6.1	In Veneto	13
6.2	In Lombardia	13
7.	Violazioni di Consolidati Protocolli Gestionali	15
8.	Elaborazione dei dati grezzi di mortalità	17
8.1	Metodi	17
8.2	Grafici e Commenti	18
9.	Conclusioni	26
10.	Appendici	
A.	Qualità delle Cure in Chirurgia Oncologica	34
B.	I dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)	35
C.	Il Carteggio tra Federazione Regionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia (FROMCeO) e l'Assessore al Welfare di Regione Lombardia Gallera	36

* Note curriculari.

Medico chirurgo. Dopo polidecennale esperienza presso l'Istituto Nazionale Tumori di Milano, ho concluso la carriera professionale come direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Toracica dell'Ospedale San Gerardo, Monza (MB). Indirizzo mail: <bedhsg@yahoo.it>

1. Premesse e Avvertenze

URGENTE credo sia per noi -come persone, come cittadini- riflettere sulla catastrofe che stiamo vivendo in questo momento in Lombardia. Non possiamo permetterci di eludere interrogativi sulla drammatica concatenazione di eventi che ci fa oggi contare un numero impressionante di morti. Voglio a questi dedicare il presente contributo e rendere in particolar modo onore a chi, tra essi, ha accettato consapevolmente di percorrere strade che avrebbero potuto comportare -come poi è stato- il martirio.

Prima di addentrarci nella questione Coronavirus (o Sars-Cov-2, il nome ufficiale del virus), dovremmo cercare di non rimanere prigionieri dei nostri pregiudizi -di qualsivoglia motivazione- e di tentare addirittura di immedesimarci nei ruoli di coloro che, avendo compiti di responsabilità programmatica e gestionale, sono stati chiamati a compiere scelte urgenti per questioni inedite, innestatesi su criticità di sistema spesso non a loro imputabili. La preparazione delle procedure di contrasto a Sars-Cov-2 e la conduzione dell'emergenza hanno inoltre sofferto fin dall'inizio per i contenuti delle tardive, incomplete e a volte fuorvianti informazioni rilasciate dalle autorità cinesi. La difficilissima gestione della pandemia è stata certamente indebolita dall'inganno iniziale, accettato per fiducia, negligente acquiescenza, incompetenza -non mi esprimo al riguardo- dai deputati alla tutela della nostra salute, dal massimo livello, ovvero l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), cui universalmente ci si riferisce nell'organizzazione delle politiche sanitarie, fino a quelli in prima linea.

L'Italia è stato il primo Paese occidentale colpito da Sars-Cov-2 e, in pratica, si è trovata ad affrontarlo dovendo acquisire pionieristicamente sul campo gran parte delle conoscenze sulla malattia, denominata ufficialmente Covid-19. Sicuramente si sono verificate criticità e sono stati commessi errori, ma preciso da subito che non su questi voglio indirizzare le prossime argomentazioni. Non prenderò quindi in esame se scelte gestionali, eventualmente riconducibili nell'alveo di direttive superiori (anche emanate da OMS) e prese in corso di pandemia, abbiano condotto a esiti nefasti. In tanti oggi si stanno esercitando in questo campo e non credo il mio contributo possa risultare particolarmente significativo. L'interesse della mia indagine è piuttosto ricercare risposta, in un ambito poco o punto frequentato, ai quesiti: **i risultati della lotta a Sars-Cov-2 e Covid-19 in Lombardia sono da imputare a: contingenze particolarmente sfavorevoli, a pre-esistenti deficit di sistema, a direttive locali in netto contrasto con principi consolidati di prassi o addirittura in contraddizione rispetto a previ pronunciamenti?**

Mi ha spinto all'elaborazione di questo scritto il tentativo di alleviare la grave somatizzazione gastrica di cui ho cominciato da qualche tempo a soffrire. Ne ho riconosciuto le cause nell'irritazione che mi producevano le pletoriche somministrazioni quotidiane di alcuni tipi di notizie (ahimè la maggioranza). Queste potevano illustrare, con toni trionfalistici, scelte di politica sanitaria che non riconoscevo negli insegnamenti che mi erano stati impartiti durante il corso di Igiene e Medicina Preventiva, materia di esame del mio 4° anno di Medicina, superato con un mediocre 25. Potevano ingenerare allarme per l'impatto grave della solitaria corsa di un *runner*, sull'ormai famoso " R_0 ", e nel contempo non informare dell'effetto devastante del pronto soccorso non difeso. Altre notizie tambureggianti, come l'elencazione di numeri privi di alcun significato (tamponi? Sì, ma a chi, a quante persone, in che periodo?), hanno non poco contribuito all'aggravamento dei miei sintomi. Oltre un mese fa mi risolsi pertanto a elaborare alcuni contributi di "controinformazione", che vi ho nel tempo somministrato. Ho voluto qui riassumere, in uno scritto finale, quelle che -secondo me- dovrebbero riconoscersi come le principali e fondanti cause della catastrofe lombarda, neppure percepite da moltissimi. Ve le destino, confidando nel vostro apprezzamento. Così fosse, **sarebbe mio piacere e desiderio che ciascuno di voi destinatari si rendesse parte attiva per la trasmissione di questo documento ad altri. Ognuno potrà liberamente utilizzare quanto ho scritto, in toto o in parte, senza alcun vincolo da parte mia.**

Preciso che, per estendere le note successive, mi sono obbligato alla consultazione diretta delle fonti, ricercate *in primis* fra i documenti ufficiali. Con dispiacere mi sono dovuto addentrare più volte in una labirintica *selva oscura* che, con centinaia di "visto", "considerato", "recepito", "richiamato", "ritenuto", "dato atto", "vagliato" e "assunto" nascondeva il sentiero a chi -sprovvisto come me- fosse in animo di

percorrerlo. Invito chi mi legge a visitare almeno una delle voci di riferimento: sarà istruttivo per conoscere l'ambiente che ci hanno preparato i nostri governanti. Altrimenti, mi sono indirizzato a contributi di Istituti e Società Scientifici, Ordini Professionali. Mi sono risolto ad attingere dalla carta stampata informazioni di rilievo che non sarebbero state in alcun altro modo rintracciabili altrove.

In copertina un disegno preparatorio dell'incisione di Francisco Goya
***El sueño de la razón produce monstruos*, 1799**



Il sonno della ragione genera mostri

2. Salute: Competenze Statali, Competenze Regionali

La salute è oggetto dell'art.32 della Costituzione¹: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...". Tramite le sue articolazioni, il Servizio Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni sanitarie. Il Titolo V (art.117, comma 2, lett. m) della Costituzione prevede che la responsabilità della tutela della salute sia ripartita tra lo Stato e le Regioni. Lo Stato ha il compito di determinare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da garantirsi su tutto il territorio nazionale, ed emana leggi generali (es. fecondazione assistita/consenso informato). Le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di competenza. Le Regioni strutturano l'offerta di salute tramite le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AO)². Alle ASL si riserva la strutturazione della medicina territoriale in ogni sua declinazione assistenziale, nei vari Distretti di sua competenza. Fra le loro funzioni, l'organizzazione delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri, dell'assistenza specialistica ambulatoriale, della guardia medica e dell'assistenza domiciliare, nonché delle strutture residenziali di assistenza socio-sanitaria e degli eventuali presidi ospedalieri di base di loro competenza. Le Regioni sono chiamate inoltre da un Decreto Ministeriale³ a definire la dotazione dei posti letto per numero di abitanti secondo *standard* fissati e a classificare la propria rete ospedaliera configurando i livelli specialistici dei nosocomi (di base, di I e II livello), da commisurare rispetto a definiti bacini di utenza.

Bibliografia

1. In: <https://www.senato.it/documenti/repository/istituzione/costituzione.pdf>, accesso del 20-04-2020.
2. In: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>, accesso del 17-04-2020.
3. In: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=52074>, accesso del 20-04-2020

4. 2015: la Riforma del Sistema Sanitario Lombardo

Premetto da subito che gli ostici contenuti di questo capitolo derivano direttamente da una strutturazione molto complessa (o meglio, complicata) della Riforma, alla cui impalcatura ideativa corrisponde un testo involuto. Un esempio: l'Art. 6 recita testualmente: «... Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, prevedono che i soggetti erogatori di diritto pubblico che hanno sede ed operano sul territorio di propria competenza svolgano attività finalizzate ad ottenere il coordinamento e l'integrazione dell'erogazione di prestazioni che permettano di completare e ottimizzare l'erogazione dei propri servizi ...». Certo non utilizzerò il testo originale per illustrare i contenuti della cosiddetta Riforma Maroni: ho operato al mio meglio per giungere a una traduzione semplificante e sintetica. Per focalizzare la lettura su alcuni punti basilari, funzionali agli scopi del mio elaborato, li ho evidenziati. Gli argomenti trattati chiederanno dura applicazione. Credo però sia doveroso l'impegno di addentrarsi almeno un poco nella lettura seguente, se non altro per comprendere meglio l'ambiente di chi opera nella sanità lombarda. Alla prima avvisaglia di cefalea saltate con serenità al capitolo successivo. Più avanti troverete senz'altro richiami all'argomento che potranno magari risultare di più agevole comprensione.

Il Sistema Sanitario Lombardo (SSL), introdotto da Maroni nel 2015¹, muta l'assetto previsto dall'ordinamento statale². Si aboliscono quindici Aziende Sanitarie Locali (ASL) e ventinove Aziende Ospedaliere (AO) e si costituisce un sistema su più livelli: al vertice la Centrale Regionale, che si articola amministrativamente in otto Agenzie di Tutela della Salute (ATS, con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica), cui sono sottoposte ventisette Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST, con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica), che riassumono le competenze operative delle ex ASL e AO. Il Direttore Generale delle ASST viene dunque chiamato a disciplinare le attività di un "Polo Ospedaliero" e di una "Rete Territoriale", rispettivamente di competenza di un Direttore Sanitario e di un Direttore Socio-Sanitario, cui il Direttore Generale può conferire autonomia economico finanziaria nonché autonomia gestionale. Entrambi assumono responsabilità inedite: il primo si trova a organizzare l'offerta di più presidi ospedalieri, l'altro a strutturare *ex novo* una "Rete Territoriale" cui confluiscono non solo Distretti già ricompresi in differenti ASL, ma anche i Presidi Ospedalieri di minori dimensioni, che saranno trasformati in presidi territoriali per degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative³. Attribuendosi la funzione di "gestore", le Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie assumono i compiti di "presa in carico" dei cittadini con patologie croniche. Ciò corrisponde all'avocazione di attività quali la prenotazione delle prestazioni, il coordinamento dei partner di rete, il monitoraggio dell'aderenza del paziente al percorso programmato, l'erogazione delle prestazioni previste dal piano di assistenza individuale (PAI)^{3,4}.

Il modello del SSL, del tutto originale e privo di riferimenti a livello europeo, veniva considerato dal Ministero della Salute come una sperimentazione⁵, da valutarsi nei suoi risultati ad agosto del corrente anno⁶, data in cui si presumeva fosse raggiunta la sua compiuta applicazione. La riforma, già alla sua presentazione, aveva sollevato non poche perplessità di vario ordine negli studiosi di sistemi socio sanitari. I commenti sul testo della riforma si appuntavano variamente sulla difficoltà di interpretazione di un complesso testo normativo, l'altissima articolazione burocratica del sistema, l'assenza di identificazione degli strumenti di traduzione pratica degli obiettivi, l'opinabile utilità delle ATS, l'incerta collocazione dei servizi sociosanitari territoriali, i dubbi vantaggi economici^{5,7,8}. Questi punti di criticità, uniti allo scontato e prolungato stress che avrebbe comportato la sua attuazione, facevano addirittura dubitare dell'opportunità della riforma, definita anche un "modello molto compromissorio e italiano"⁵. L'individuazione di un unitario quadro d'insieme è in effetti problematica. Tutte le figure discendenti dalla "Centrale Regionale" sembrano disporre di ampia autonomia economico-finanziaria e gestionale. In pratica, la normativa induce ad una minuta frammentazione la gestione periferica e nel contempo esenta i vertici dal controllo. Le responsabilità riconosciute o delegabili, ai vari segmenti della catena di comando descritte nella normativa, possono praticamente includere tutte quelle esercitabili. A livello ospedaliero, la traduzione pratica delle direttive centrali sul contenimento di spesa può permettere ai DG di praticare tagli lineari alle strutture di

degenza e servizi della propria AO per almeno sei anni consecutivi (testimonianza personale). C'è da interrogarsi se una simile gestione è frutto di mancata sorveglianza oppure di approvazione da parte dei vertici. In quale azienda "normale" si consentirebbe questo, frutto di chissà quale "vision"?

Bibliografia

1. In: <http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002015081100023>, accesso del 18-04-2020.
2. In: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>, accesso del 17-04-2020.
3. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/presa-in-carico-delle-patologie-croniche/ricerca-gestori/ricerca-gestori>, accesso del 27-04-2020
4. In: https://brescia.corriere.it/notizie/cronaca/17_ottobre_24/medico-famiglia-ecco-cosa-cambiera-pazienti-cronici-9800f352-b889-11e7-a7ba-70fb0e628aa0.shtml?refresh_ce-cp, accesso del 28-04-2020.
5. Mapelli V. *Il nuovo modello sanitario lombardo: aziende integrate, ma etero dirette*. In La riforma sociosanitaria e altre trasformazioni nella governance del welfare lombardo, a cura di Valentina Ghetti. 2016, p. 20. In: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/09/Vademecum-Programmazione2016.pdf>, accesso del 18-04-2020
6. D'Agostino F. *Lombardia: o cambiano o vanno commissariati*. Il Fatto Quotidiano, 22-04-2020
7. Gori C et al. La riforma del welfare serve ai cittadini lombardi? Un'analisi di quadro della L.R.23/2015. In: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/09/Vademecum-Programmazione2016.pdf>, accesso del 18-04-2020
8. Ferrario P. La riforma del sistema sociosanitario in Lombardia: la LR 23/2015. In: <http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2016/09/Vademecum-Programmazione2016.pdf>, accesso del 18-04-2020

4. Quattro Anni dopo

4.1 Il Polo Ospedaliero

d. Letti per Acuti

Non essendo ancora stato applicato il DM 70/2015 sopra ricordato¹, sono ancor oggi presenti scostamenti di rilievo riguardo l'assetto dei posti letto per acuti e della rete ospedaliera, rispetto agli *standard* fissati. Nel maggio 2017 un'associazione di medici ospedalieri (ANAAO-Assomed) segnalava² come in tre, delle otto ATS lombarde, non si raggiungeva la soglia di posti letto per acuti definita dagli *standard* ministeriali. Considerava poi che, mentre tutte le strutture pubbliche erano dotate di servizi per l'emergenza-urgenza [ovvero i Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) e i Pronto Soccorso (PS)] e dei relativi -costosi- servizi di supporto, quelle private accreditate in alcuni casi ne erano prive, pur partecipando al computo totale dei posti letto per acuti. Questi, non supportati da servizi DEA/PS producevano un quadro fuorviante: letti teorici, non in grado di dare risposta all'emergenza-urgenza. Il risultato era un aggravio dell'affollamento delle strutture di DEA/PS pubblici, alla perenne ricerca di posti letto per acuti. Una quarta ATS, una volta scorporata del supporto incongruo del settore privato, risultava anch'essa sotto la soglia di posti letto. Diversa era la situazione dei letti di riabilitazione e lungodegenza, in sovrannumero in tutte le ATS e con evidente eccesso di accreditamento per le strutture private.

Riguardo la "rete ospedaliera", Regione Lombardia, non solo non la aveva (e non la ha) ancora definita e classificata, ma aveva anche illegittimamente delegato alle ASST il compito di diversificare i singoli presidi ospedalieri di loro competenza, senza peraltro mettere a disposizione una progettualità di riferimento. Rimaneva quindi vigente un'offerta sanitaria, stabilizzata da decenni, fortemente squilibrata. Svilupperò brevemente questo argomento prendendo come esempio due settori.

b. Terapie Intensive (TI)

A dicembre del 2005, l'Associazione Nazionale Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani (A.A.R.O.I.), rese pubblici i risultati di un proprio censimento³. Da questo risultava che in Italia il numero di letti dedicati alla TI, non altrimenti specificata, era inferiore di oltre il 50% rispetto agli *standard* europei. Nel caso della Lombardia **si sarebbe oggi dovuta contemplare una dotazione di circa 1.300 letti** a favore degli oltre dieci milioni di abitanti della regione. A inizio di pandemia, Regione Lombardia dichiarava **724 posti**, non altrimenti specificati, di TI teoricamente disponibili⁴. Al deficit di offerta in ambito intensivistico, si registrava una **comparabile carenza di letti per le cosiddette "cure intermedie"**: AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) mi ha rilasciato l'informazione che nel 2019 erano stati censiti complessivamente 51 posti letto di Terapia Semi-Intensiva Respiratoria (ventilazione non invasiva) e TI respiratoria (UTIR) (senza ulteriore specifica e quindi con una non definibile quota in sovrapposizione ai letti dichiarati di TI)⁵, a fronte di un fabbisogno stimato di 100-200⁶ unità. Anche se un posto letto di TI è decisamente più costoso di uno di degenza normale, non è tuttavia imputabile a carenza di risorse economiche il deficit di offerta per pazienti critici, in quanto per altri settori "pletorici" si sostengono oneri molto elevati sotto vari capitoli di spesa (personale, attrezzature e soprattutto remunerazioni sulle prestazioni). Ciò accade, ad esempio per le cosiddette "Alte Specialità"

c. Alte Specialità: il Caso della Cardiocirurgia

In Regione Lombardia si contempla un numero straordinario di Strutture che entrano nel novero delle cosiddette "Alte Specialità". Secondo il DM più volte richiamato¹, i mai definiti Presidi Ospedalieri cosiddetti di "Il livello", dedicati a bacini di utenza compresi fra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono idonei per dotarsi di una struttura di Cardiocirurgia, per la quale si prevede un modulo *standard* di venti letti e una guardia divisionale h24. Non può trovarsi alcuna giustificazione nel mantenimento di venti Strutture di Cardiocirurgia -l'ultima inaugurata nel 2010- in Lombardia. Secondo i parametri di qualità e quantità dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)⁷, **solo 5 di queste (25%) soddisfacevano i minimi requisiti**, come riportato nel Rapporto 2014. Certe strutture dimostravano volumi di attività bassissimi, con casistiche inferiori a meno della metà rispetto agli *standard* previsti, con gravi riflessi sulla qualità delle cure (più si opera e più aumenta l'*expertise*). Una cardiocirurgia lombarda poteva "vantare" **tassi di mortalità postoperatoria di quasi sei volte superiori alla media nazionale e classificarsi all'ultimo posto del ranking italiano**. Ovvio che la domanda complessiva di interventi cardiocirurgici, suddivisa per venti punti di offerta, determini fatalmente una consistente riduzione media dei casi trattabili per ogni

centro. Le ricercate strutture di “eccellenza” satureranno con facilità gli *slot* disponibili, mantenendo una casistica di alto livello, altre si accontenteranno di eseguire un intervento di *by-pass* aorto-coronarico ogni 4 giorni! L'accorpamento delle strutture con casistiche inferiori agli *standard* ministeriali, consentirebbe il raggiungimento di adeguati volumi di attività per ogni unità operativa, economicità di sistema, ridistribuzione del personale con adeguata copertura degli organici, utile per la gestione delle guardie divisionali h24, non sempre oggi attivate in molte strutture. Considerazioni per l'ottimizzazione delle unità di degenza ospedaliere possono estendersi anche a molti altri settori. Uno molto delicato, quello della chirurgia oncologica, viene trattato a parte in **Appendice A**, ma qui anticipo brevemente i contenuti. Non da oggi è noto che la centralizzazione dei trattamenti e del percorso diagnostico in un centro multidisciplinare può contribuire a migliorare la prognosi dei tumori polmonari⁸. In Lombardia insistono alcuni centri con vocazione oncologica, sia mono- che multidisciplinari, considerati appropriatamente di eccellenza. **L'offerta che queste strutture possono garantire non è tuttavia sufficiente a concedere ai cittadini lombardi un'aspettativa di sopravvivenza superiore a quelli dell'area romagnola. Se si volesse considerare le performance delle strutture che si applicano nel trattamento chirurgico dei tumori polmonari ... vedi Appendice A.** Se desiderate sapere perché ho utilizzato i dati AGENAS del rapporto 2014, e non più recenti, potete recarvi all'**Appendice B**.

4.2 La Rete Territoriale

Con la Riforma del SSL, le ASST diventano il fulcro dell'offerta di salute territoriale, in quanto titolari della presa in carico dei pazienti cronici e garanti dell'organizzazione dell'intera filiera delle prestazioni, anche specialistiche e di ricovero. I principali nodi della rete dell'offerta comprende una molteplicità di soggetti appartenenti alla rete dei servizi consolidata da tempo e altri di nuova introduzione, quali i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT) e Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PreSST)⁹. Nel quadro così delineato, **alle ASST viene data la prerogativa della “presa in carico” dei pazienti cronici e della stesura dei Piani Individuali di Assistenza (PAI) come “gestori”.** Ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) viene concessa tale qualifica solo dopo aver inoltrato specifica richiesta e essersi aggregati in forma associativa. Chi invece opera singolarmente può rivestire unicamente la figura di “co-gestore”, con un ruolo di supporto a una struttura sanitaria o sociosanitaria con cui può collaborare per la stesura del PAI. Una volta questo sia approvato, **il MMG non ha più autonomia nella scelta del percorso sia clinico che organizzativo del proprio paziente**^{9,10}. L'introduzione di un *barrage* all'esercizio professionale ha determinato l'avvio di controversie legali, che presumibilmente si protrarranno anche dopo l'ultima sentenza del TAR Lombardia del gennaio di quest'anno¹¹. Al momento della scrittura, 28 aprile 2020, non è dato di sapere quanti siano i MMG e PLS che abbiano avanzato la richiesta di divenire “gestori”. Sul sito istituzionale regionale¹² vengono listati 2.954 professionisti operanti nel territorio lombardo dei circa 8.000 complessivi: 2.524 (85%) risultano gestori.

L'organizzazione della medicina territoriale ha dimostrato un iter travagliato e mai si è attuata, come certifica il titolo di una recentissima Delibera Regionale¹³ del 31 luglio 2019: “Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità”, certamente non indicativo di una soluzione prossima. Una recensione sui temi della delibera in questione, beffardamente intitolata “Partirà, la nave partirà ...”¹⁴, esordiva: «la prima cosa che viene spontanea è chiedersi se, questa volta, l'integrazione ospedale territorio (più volte menzionata in atti precedenti ma non concretizzata) potrà finalmente ancorarsi ad un'organizzazione che ne permetta la sua attuazione». Questo a quattro anni dall'entrata in vigore del SSL.

Un punto estremamente critico della medicina territoriale è rappresentato dall'annosa ed irrisolta questione che riguarda la risposta alle prime domande di salute. Secondo una segnalazione del 2019¹⁵ sui dati ufficiali della regione, il 70% degli accessi nei PS della Lombardia sono classificabili come “impropri”: un'enorme mole di prestazioni richieste dalla popolazione in una sede deputata ad altre attività, costretta a deviare l'attenzione dovuta ai pazienti realmente bisognevoli, con pregiudizio della complessiva qualità del suo operato. L'assedio ai PS può essere anche giustificato dall'assalto di orde di ipocondriaci, ma possono legittimamente sorgere dubbi sull'efficacia della medicina territoriale nel rispondere alla prima domanda di salute. Anche volendo addebitare interamente la responsabilità della situazione all'inefficienza dei medici

di medicina generale, rimane in solido la responsabilità di Regione Lombardia per sanare il problema, ahimè annoso, con urgenti provvedimenti correttivi.

4.3 Acquisti e Approvvigionamenti

Lo strumento operativo del SSL è individuato nel documento detto Regole di Sistema^{16,17}, elaborato annualmente dalla Giunta. In questo si alloca la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti, nonché la definizione dei contratti. Gli acquisti per beni e servizi sono imputati non solo alle ATS, nate come già detto sulle ceneri delle defunte ASL, ma ad ogni ulteriore soggetto definito come Ente Sanitario¹⁸, quindi: ASST, Fondazioni IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), Agenzie Regionali, Istituto Zooprofilattico. Nessun Ente può però oggi attivare autonome procedure di acquisto, pena sanzioni. Ora ciascun Ente deve notificare alla centrale acquisti ARIA SpA¹⁹ (impermeabile a qualsiasi confronto²⁰) le proprie necessità. ARIA SpA (Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia) è stata costituita nel luglio del 2019 incorporando ARCA (Centrale Acquisti e Soggetto Aggregatore della Lombardia) oltre che Lombardia Informatica e Infrastrutture Lombarde. ARIA SpA raggrupperà i presidi di simile tipologia (es. guanti) provenienti da tutti gli Enti e li agglicherà in un'unica gara che esiterà spesso nella acquisizione e successiva fornitura in periferia di un unico tipo di presidio, solitamente non conforme alle domande inoltrate da ogni singolo richiedente²⁰. Non sono stato in grado di reperire un qualsivoglia disciplinare che identifichi una **figura di supervisore alle forniture, visto che la semplice somma delle necessità di ogni singolo Ente non può ricomprendere quelle relative a scorte o equipaggiamenti per i Medici di Medicina Generale**. Si veda in proposito al Capitolo 5.3.

Bibliografia

1. In: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=52074>, accesso del 20-04-2020
2. In: http://www.anaao.it/public/aaa_3807741_qs_anaao_lombarida.pdf, accesso del 27-04-2020
3. In: <http://www.regioni.it/news/2005/12/12/0712-sanita-rianimazione-in-italia-il-50-di-posti-letto-in-meno-96192/> / accesso del 23-03-2020
4. Gallera G. Conferenza stampa del 04-03-2020. In: <https://www.lombardianotizie.online/coronavirus-casi-lombardia/>, accesso del 10-04-2020
5. AIPO, 30 gennaio 2020. Comunicazione personale
6. Renda T. Unità di Terapia Intensiva Respiratoria: update 2018. In: https://www.researchgate.net/publication/333021094_Unita_di_Terapia_Intensiva_Respiratoria_update_2018_Respiratory_Intensive_Care_Unit_2018_update, accesso del 24-03-2020
7. Corriere della Sera, Milano, 23-10-2014
8. Mangone L et al. *Key factors influencing cancer survival in northern Italy*. Cancer Epidemiol 2013, 37(3):226-32
9. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/presa-in-carico-delle-patologie-croniche/ricerca-gestori/ricerca-gestori>, accesso del 27-04-2020
10. In: https://brescia.corriere.it/notizie/cronaca/17_ottobre_24/medico-famiglia-ecco-cosa-cambierà-pazienti-cronici-9800f352-b889-11e7-a7ba-70fb0e628aa0.shtml?refresh_ce-cp, accesso del 28-04-2020
11. In: <https://www.giustizia-amministrativa.it/web/guest/-/medico-di-medicina-generale-e-nuovo-modello-in-lombardia-della-presa-in-carico-dei-pazienti-cronici-e-fragili>, accesso del 20-04-2020.
12. In: <https://www.dati.lombardia.it/dataset/Medici-di-Medicina-Generale-e-Pediatr-di-Libera-S/wiy4-qc79>, accesso del 28-04-2020
13. In: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/4a49ae8d-ba06-46fe-af6a-68c63aa2b4a2/BURL+SEO32_08-08-2019+DGR+2069+31-7-2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-4a49ae8d-ba06-46fe-af6a-68c63aa2b4a2-mQ5ZEcC, accesso del 28-04-2020
14. Noli M. *Partirà la nave partirà ...* 26-09-2019. In: <http://www.lombardiasociale.it/2019/09/26/partira-la-nave-partira/>, accesso del 28-04-2020
15. Redazione Nurse Times. *Troppi codici bianchi nel pronto soccorso: la Lombardia corre ai ripari*. 02-09-2019. In: <https://www.nursetimes.org/troppi-codici-bianchi-nei-pronto-soccorso-la-lombardia-corre-ai-ripari/72671>, accesso del 02-05-2020
16. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/eccb2c94-0fdb-479f-b652-c374d776d429/REGOLE+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-eccb2c94-0fdb-479f-b652-c374d776d429-m-4aqAb>, accesso del 18-04-2020.
17. In: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/604e6bf1-3cde-4bb3-bb34-cf63749beee4/DGR2018_1046_regole_esercizio_2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-604e6bf1-3cde-4bb3-bb34-cf63749beee4-m-4aqTa, accesso del 18-04-2020.
18. In: <https://www.dati.lombardia.it/Trasparenza/Elenco-Enti-sanitari-di-Regione-Lombardia-Anno-201/5p8d-zvdy/data>, accesso del 19-04-2020.
19. In: <https://www.ariaspa.it/wps/portal/site/aria/chi-siamo/azienda>, accesso del 19-04-2020.
20. Provveditore di ASST. Comunicazione personale.

5. Il Rischio Pandemico

5.1 Una Premessa: la Sepsì Ospedaliera

Nel maggio dello scorso anno il Prof. Ricciardi, direttore dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute (oggi consigliere del Ministero della Salute per l'emergenza Coronavirus), nel corso della presentazione del rapporto 2018¹, cui venne data "risonanza" dalla stampa nazionale, dichiarava quanto ben si legge in un particolare di *screenshot* rappresentato in fig. 4.



Fig. 4 Particolare di screenshot²

L'entità numerica dei decessi correlati ad infezioni ospedaliere è partecipato al 90% da persone sopra i 65 anni e per i 3/4 da quelle sopra i 75. **Il fenomeno vede tutte le regioni italiane, senza eccezione alcuna, contribuire alle sue dimensioni.** Il tasso di mortalità per sepsi in Lombardia, pur avendo dimostrato una lieve flessione nell'ultimo anno di osservazione, è di 18 punti sopra la media nazionale per i maschi di oltre 75 anni.

Anche se si può considerare, in ipotesi, una sovrastima dei dati relativi alle morti per sepsi ospedaliera per le regioni del nord¹, questi si attestano comunque a **livelli inaccettabili**. **L'ecatombe che si registra non riveste tuttavia particolare impatto mediatico e non induce, ancor peggio, ad efficaci politiche sanitarie di contenimento, vista la costante progressione del fenomeno nell'arco di tredici anni.** E questo nonostante il numero dei decessi, raggiunto nel 2016 per tale causa, sia più che doppio rispetto a quello ufficiale registrato oggi per pazienti con Covid-19. Il quadro evidenziato da Ricciardi è drammatico per altri motivi, non solo per i numeri in sé. È infatti la **spia di insufficiente expertise di sistema** nei confronti della profilassi delle malattie infettive, indipendente da fenomeni di antibioticoresistenza che pure hanno contribuito ad accreditare all'Italia lo scandaloso primato di morti per sepsi ospedaliera in Europa.

Quali esiti si potrebbero prevedere ipotizzando un attacco pandemico di intensità senza precedenti? Ben difficile ritenere che le nostre difese siano fondate su solidi baluardi, semmai il contrario. Nel corso dell'emergenza Sars-CoV-2 si è verificata inadeguatezza a tutti i livelli: individuale, nosocomiale, direttiva. I numeri del contagio tra gli operatori sanitari attestano la loro vulnerabilità, acuita per la carenza di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI). **Il ricorso alle *equipe* specializzate di Medici senza Frontiere³ ed Emergency⁴ per l'addestramento del personale di alcune strutture, in corso di emergenza, testimonia del tardivo riconoscimento dell'impreparazione ad affrontare la pandemia a livello nosocomiale.** Centrali violazioni di protocollo hanno armato dispositivi che hanno consentito il dilagare dei contagi anche nelle Residenze Socio Assistenziali (RSA). Questo aspetto sarà esaminato più avanti.

Bibliografia

1. Di Fraia G et al. *Sopravvivenza e mortalità per causa*. Rapporto Osservasalute 2018, pagg. 125-143. In: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>, accesso del 10-04-2020
2. In: https://www.repubblica.it/salute/medicina-e-ricerca/2019/05/15/news/allarme_infezioni_in_ospedali_in_un_anno_49_mila_decessi-226344041/, accesso del 21-04-2020
3. In Corriere della Sera, 21-03-2020
4. In: <https://it.businessinsider.com/fontana-chiama-emergency-allospedale-de-campo-di-bergamo-e-a-insegnare-le-tecniche-di-contenimento-del-contagio-tra-i-medici/>, accesso del 25-03-2020

5.2 L'Evento "Cigno Nero"

La paternità di questa definizione va ascritta a Nassim Nicholas Taleb, docente di *Scienze dell'Incertezza* alla University of Massachusetts. La teoria venne enunciata in un godibilissimo saggio intitolato *Il Cigno nero. Come l'improbabile governa la nostra vita*¹. Tre caratteristiche, contemporaneamente presenti, connotano tale evento. 1) Deve essere isolato: non rientra nel campo delle normali aspettative, 2) Ha un impatto enorme, 3) Siamo spinti a elaborare a posteriori giustificazioni della sua comparsa, per renderlo spiegabile e prevedibile. L'evento a carica negativa implica fisiologicamente danni, proporzionati non già all'entità dell'offesa, piuttosto all'impreparazione.



Fig. 1. *Global Influenza Strategy OMS*².

A marzo 2019 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicò *Global Influenza Strategy 2019-2030*², in cui si segnalava: «il pericolo di una nuova pandemia influenzale è sempre presente. Il rischio in atto che un nuovo ceppo si trasmetta dagli animali all'uomo e causi una pandemia è più che mai reale. La domanda corretta quindi non è **se** avremo mai un'altra pandemia, ma **quando**. Dobbiamo essere vigili e preparati: il costo di una grande epidemia influenzale supera di moltissimo il prezzo di una prevenzione efficace». Questa segnalazione previa impedisce di riconoscere alla pandemia da Covid-19 le caratteristiche dell'Evento Cigno Nero.

L'Istituto per gli Studi di Politica Internazionale³, così come il Corriere Innovazione⁴, inquadrano la pandemia da Coronavirus come "Evento Cigno Nero". La pubblicazione dell'OMS dello scorso anno, previa alla pandemia da Covid-19, impedisce che le caratteristiche di connotazione dell'Evento Cigno Nero possano esserle applicate. Chi manca di aggiornamento sulle pubblicazioni OMS (includo me stesso nel novero, fino a qualche tempo fa) può cadere nella suggestione di utilizzare una metafora accattivante di sicuro *appeal*, tuttavia priva di fondamento. Contribuirà peraltro a formare un distorto substrato culturale, utile copertura per i tutori della salute che si sono resi responsabili, nel corso della gestione della pandemia, di illogiche azioni ed omissioni, dagli effetti nefasti.



Fig. 2. *Pagina web dell'Istituto per gli Studi di Politica Internazionale*³



Fig. 3. *Corriere Innovazione, 24-04-2020.*

Bibliografia

1. Taleb NN. *Il Cigno nero. Come l'improbabile governa la nostra vita*. Il Saggiatore. Milano 2009, p. 11.
2. World Health Organization. *Global influenza strategy 2019-2030*. In: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311184/9789241515320-eng.pdf?sequence=18&isAllowed=y>, accesso del 20-04-2020.
3. In: <https://www.ispionline.it/>, accesso del 20-04-2020
4. Corriere Innovazione, allegato al Corriere della Sera, 24-04-2020

5.3 Il Piano Pandemico di Regione Lombardia

Il 22 dicembre 2010, Regione Lombardia emetteva una Delibera¹ in cui si indicavano le linee di sviluppo e correzione del piano pandemico stilato nel 2006², utilizzato per le azioni di contrasto a virus A/H1N1 sviluppatesi nell'inverno 2009/10. Si può leggere:

A conclusione si impone una attenta riflessione ed analisi per procedere ad una eventuale "manutenzione" del PPR, affinché si faccia tesoro delle criticità insorte e delle soluzioni individuate in corso d'opera e ritenute più adeguate a rispondere all'evento rispetto a quelle programmate nel piano.

Di seguito si riportano alcuni esempi, estratti dall'*audit*, di quanto era stato previsto dal piano vigente (colonna sinistra) ed i risultati delle valutazioni di controllo (destra).

Ad Azioni Previste	corrispondeva in	Motivazioni di Scostamento
Censire e monitorare i posti letto U.O. malattie infettive e reparti di medicina	3	I piani ASL/strutture sanitarie, non erano aggiornati; in alcuni casi non presenti o poco operativi i piani ospedalieri.

- Ad **Azioni Previste** "Definire modalità di rilevazione campionaria di: accessi al pronto soccorso e ricoveri; mortalità, assenteismo lavorativo e scolastico", corrispondeva in **Motivazioni di Scostamento** "Non fornite indicazioni specifiche", "Non identificato il campione rappresentativo", "Non avviato un sistema di rilevazione degli eccessi di mortalità".

- Ad **Azioni Previste** "Definire accordo-quadro gestori RSA per aumento assistenza medica ed infermieristica finalizzata al contenimento dei ricoveri", corrispondeva in **Motivazioni di Scostamento** "Assenza di azioni specifiche".

Lo stesso documento (Fig. 4) certificava la competenza di Regione Lombardia per l'adozione di misure generali di protezione e delle ASL per la definizione dei fabbisogni di presidi di protezione, il loro stoccaggio, l'approvvigionamento e le dotazioni per la distribuzione ai Medici di Medicina Generale (MMG) ed ai Pediatri di Libera Scelta (PLS).

MISURE GENERALI Regione Lombardia Definire in base ai differenti livelli di allarme ed in coerenza con le indicazioni nazionali l'adozione delle misure generali: - utilizzo mascherine in ambito sanitario (sale di attesa ambulatori, centri prelievi, pronto soccorso, ecc...), - limitazione raduni o accesso a strutture sanitarie e socio-sanitarie da parte dei visitatori; - interruzione della frequenza scolastica. ASL - definire - il fabbisogno dei presidi di protezione - le modalità di approvvigionamento, stoccaggio, distribuzione - le dotazioni di un quantitativo adeguato di scorta per la distribuzione ai MMG/PLS nb: per l'ambiente ospedaliero ciascuna struttura di ricovero dovrà provvedere in proprio

Fig. 4. Competenze di Regione Lombardia e ASL nel caso di pandemia. Estratto da delibera IX/001046 del 22 dicembre 2010 di Regione Lombardia³.

Possono ancora essere citati i casi in cui erano all'epoca stati auspicati accordi con i medici di medicina generale e come fosse allora stata indicata un'implementazione dell'assistenza domiciliare che, nell'occasione, si era dimostrata non disciplinata da azioni specifiche. Non avendo potuto reperire

documentazione al riguardo, non posso che trascrivere lo scambio epistolare fra la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Lombardia (FROMCeO) e Gallera, assessore al Welfare di Regione Lombardia^{4,5,6}, in **Appendice C**.

Il protocollo di riferimento, in occasione dell'emergenza Sars-Cov-2, rimaneva il Piano Pandemico del 2006, testato in occasione della pandemia A/H1N1, che elicitò una richiesta sanitaria di impatto molto più contenuto del paventato. Nell'*audit* esteso nel 2010, finalizzato a verificare l'efficacia e l'efficienza del suddetto Piano, vennero segnalati alcuni deficit. Tra questi si segnalava la mancanza di un accordo-quadro con i gestori di RSA. Non solo per questa distinta carenza, che si rivelerà critica nella gestione dell'attuale emergenza, ma per tutto il Piano Pandemico, non fu in seguito intrapresa alcuna iniziativa, né il documento fu aggiornato. La riforma del SSL del 2015, cancellando le ASL, avrebbe dovuto imporre la rideterminazione delle loro competenze da trasferire, identificando i nuovi soggetti caricati di tali oneri. Nella specifica ottica di questo elaborato si pone la domanda: a chi dovrebbe oggi competere la definizione dei fabbisogni dei presidi di protezione ecc? A rigor di logica alle neonate ASST per quanto riguarda l'ambito ospedaliero, ma per quello territoriale? Alle ATS (il cui operato viene oggi disciplinato dal documento annuale definito "Regole di sistema"), o alle Direzioni Socio-Sanitarie delle ASST? Non sono stato in grado -come già ho sottolineato- di reperire un qualsiasi disciplinare concernente questo punto, posto ve ne sia uno annegato nella quantità di delibere e ordinanze emesse nel tempo dalla Giunta. Di certo Regione Lombardia si è presentata all'appuntamento con la pandemia basandosi su un piano pandemico che ha ridimostrato evidenti falle esattamente nei punti già stigmatizzati dall'*audit* del 2010. **Nessun Dispositivo di Protezione Individuale (DPI) è stato indirizzato ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta, come dovuto in capo alle ex ASL, secondo la normativa regionale. Il risultato di tale inadempienza è stata la trasformazione del punto di primo accesso dell'offerta di salute in un centro di moltiplicazione dei contagi.**

A riprova di ciò il numero impressionante di decessi da Covid-19 tra i medici di medicina generale. Nell'*audit* in questione veniva inoltre rammentato che ogni struttura di ricovero avrebbe dovuto provvedere in proprio alle necessità del caso. Le Regole di Sistema, secondo il dettato del nuovo SSL, hanno però mutato la normativa di acquisto per gli ospedali, che ora non possono più provvedere "in proprio", ma devono tassativamente trasmettere le proprie richieste alla piattaforma di ARIA SpA. Questa determinerà i quantitativi e le caratteristiche dei presidi richiesti secondo i propri -insindacabili- criteri economici. Non credo sia temerario ritenere che l'immagine della Fig. 17, pubblicata il 21 marzo⁷, relativa ad un ortopedico mantovano in servizio Covid-19, sia congrua rispetto al caos che, come a me garantito da un Provveditore⁸ di cui rispetterò l'anonimato, si è instaurato dopo l'entrata in vigore delle suddette Regole di Sistema.

Bibliografia

1. In: <https://www.milanosud.it/wp-content/uploads/2020/04/DGR-1046.pdf>, accesso del 19-04-2020.
2. Non recuperabile se non negli estratti citati nel documento di cui sopra.
3. Tratto da: <https://it.businessinsider.com/il-disastro-coronavirus-in-lombardia-era-gia-scritto-in-un-audit-del-2010-mai-applicata-anzi-una-delle-colonne-su-cui-si-basava-asl-e-stata-smantellata/?fbclid=IwAR1ZY20kiRSxWhnJJ6EXo1kvoCKD80XgsZ1J2V-yZH2OcmPRkpm5XrHUGmY>, accesso del 19-04-2020.
4. In: <https://www.sanitainformazione.it/salute/coronavirus-fromceo-lombardia-scrive-a-fontana-evidente-assenza-di-strategie-nella-gestione-del-territorio/>, accesso del 25-04-2020
5. In: <https://www.lombardianotizie.online/fromceo/>, accesso del 25-04-2020
6. In: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/09_04Lettera-Covid19_-Avv.-Gallera_09042020-signed.pdf
7. In: <https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/edizione/sabato-21-marzo-2020/>
8. Comunicazione personale, 21-04-2020

6. Gestione dei Primi Casi Covid-19

6.1 In Veneto

Il 21 Febbraio 2020 si registra il primo caso di contagio, presso l'Ospedale di Schiavonia (PD). Il giorno successivo viene emessa un'ordinanza articolata, da cui estraggo solo l'elenco dei provvedimenti presi nei confronti di questo presidio, tralasciando quelli indirizzati ad altri soggetti. L'ospedale rimarrà in isolamento per due settimane.



Regione del Veneto
Il portale della Regione del Veneto

REGIONE DEL VENETO

Home page la Regione Servizi

lo /

CORONAVIRUS: ORDINANZA DEL MINISTRO SPERANZA D'INTESA CON GOVERNATORE DEL VENETO PER COMUNI E AREE COLPITE

22 febbraio 2020

Per gli Ospedali Riuniti Padova Sud:

1. L'accesso alla struttura ospedaliera è momentaneamente vietato;
2. Tutta l'attività programmata è tassativamente sospesa (attività chirurgica, donazione, prelievi, attività ambulatoriale ecc.);
3. A tutto il personale in servizio presso la struttura ospedaliera si dovrà: misurare la temperatura, valutare eventuali sintomi presenti, effettuare il tampone per la ricerca del COVID-19; attendere l'esito del tampone (circa tre ore):
 - A. In presenza di sintomi e tampone positivo attivazione del 118 per il ricovero in malattie infettive,
 - B. In assenza di sintomi e tampone positivo isolamento ospedaliero (presso il reparto del day surgery),
 - C. In assenza di sintomi e tampone negativo isolamento fiduciario presso la propria abitazione o presso l'ospedale (su richiesta del dipendente);
 - D. Il personale deve indossare i DPI prima di eseguire i tamponi ai pazienti;
 - E. A tutti i dipendenti deve essere eseguito il tampone e adottata la procedura di cui sopra,
 - F. Nel caso il tampone risulti negativo dovrà essere ripetuto dopo due giorni a tutti i dipendenti dei reparti /servizi dove i pazienti dei casi indice sono transitati.
4. A tutti i pazienti ricoverati dovrà essere eseguito il tampone per la ricerca del COVID -19;
5. Ai pazienti ricoverati nei reparti non interessati dai percorsi dei casi indice, prima della dimissione dovrà essere effettuato il tampone;
6. I pazienti ricoverati nei reparti di transito/soggiorno dei casi indice non possono essere dimessi prima del termine del periodo di osservazione;
7. Tutti gli utenti presenti in ospedale dovranno essere sottoposti a tampone con analogo protocollo previsto per i dipendenti.

Fig. 5. Testo dell'Ordinanza della Regione Veneto in merito all'Ospedale di Schiavonia

6.2 In Lombardia

Il 20 febbraio 2020 si accerta il primo caso di contagio da Coronavirus presso l'Ospedale di Codogno. Il giorno successivo viene emessa un'ordinanza² che contempla unicamente misure sociali. Non sono stato in grado di reperire alcuna disposizione regionale in merito al presidio ospedaliero. Per quanto riguarda lo stato delle cose successivo, posso solo segnalare quanto riportato dai media^{3,4} (Figg. 6, 7).

L'ospedale di Codogno è il cuore da cui è partita l'epidemia nel Paese. Ovunque sarebbe stato subito disinfestato. Invece qui, in medicina e terapia intensiva, restano malati a pochi metri da chi ha il virus e la bonifica è «sospesa». Da quattro giorni medici e infermieri lavorano senza sosta. Pochi i sostituti esterni: dopo 8 ore tornano a casa, anche fuori dalla zona rossa. «Sei di noi — dice un altro medico del pronto soccorso ora chiuso — si sono ammalati. Nessuno li ha avvisati del pericolo, nessuno ci ha dotati di protezioni adeguate. Qualcuno lava il camice a casa». Per la prima volta medici e infermieri di Codogno ricostruiscono le ore drammatiche che stanno gettando il Paese nel panico. «Mattia — dicono — è entrato e uscito due volte in quattro giorni. Si bloccano i voli con la Cina, ma negli ospedali piccoli non si erano disposte analisi specifiche per sintomi anomali d'influenza. Dopo l'esito positivo al Covid-19 e la nostra comunicazione, sono passate ore prima che le autorità dessero indicazioni restrittive. La sensazione è di essere stati mandati, e ora lasciati, allo sbaraglio». A rassicurare, il prefetto di Lodi, **Marcello**

Fig. 6. Screenshot dal sito web di la Repubblica, 25-02-2020³

IL GIORNO LODI

CRONACA SPORT COSA FARE EDIZIONI CORONAVIRUS INCHIESTA RSA TEST SIEROLOGICI DISNEY WORLD

HOME > LODI > CRONACA

Publicato il 8 marzo 2020

Coronavirus, ospedale di Codogno: ecco com'è adesso

Dopo la serrata del 21 febbraio accorpate Chirurgia e Ortopedia. In Medicina posti letto per i positivi al virus. Tanti i reparti fantasma

di TIZIANO TROIANELLO

Codogno (Lodi), 8 marzo 2020 - Dalla mattina del 21 febbraio l'ospedale di Codogno è stato sostanzialmente chiuso. Ma all'interno medici, infermieri e altro personale specializzato continuano ad operare. I reparti che funzionano, seppur in forma ridotta, sono quelli di Ortopedia e Chirurgia che sono stati momentaneamente accorpate e quello di Medicina. Qui alcuni posti letto sono riservati ai pazienti risultati positivi. Negli altri posti vengono assistite persone che sono negative al "coronavirus", ma hanno altre patologie e situazioni che rendono impossibile le dimissioni. In ausilio al personale di medicina sono stati spostati i colleghi assegnati in condizioni ordinarie alla Riabilitazione cardiologica, reparto attualmente chiuso.

Fig. 7. Screenshot dal sito web de Il Giorno, 08-03-2020⁴

Gestione del focolaio di contagio nosocomiale successivo, rilevato all'Ospedale di Alzano L. (BG) il 23 febbraio: la celere revoca "per ordini superiori" della chiusura del pronto soccorso, disposta dal Direttore Sanitario, è sotto indagine della Magistratura.

Nessun commento.

Bibliografia

1. In: <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=4281001>, accesso del 15-04-2020
2. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/lombardia-notizie/DettaglioNews/2020/02-febbraio/17-23/coronavirus-ordinanza-cosa-prevede>, accesso del 15-04-2020
3. In: https://www.repubblica.it/cronaca/2020/02/25/news/la_zona_rossa_i_ribelli_di_codogno_violiamo_i_blocchi_per_sopravvivere_-249506911/, accesso del 15-04-2020
4. In: <https://www.ilgiorno.it/lodi/cronaca/coronavirus-ospedale-codogno-1.5060294>, accesso del 15-04-2020

7. Violazioni di Consolidati Protocolli Gestionali

Fra le iniziative messe in atto dai vertici di Regione Lombardia se ne possono identificare due che sono in aperto contrasto con le norme consolidate di prassi.

1) La prima viene annunciata in conferenza stampa il 6 marzo e riportata nel sito istituzionale con il titolo *Un nuovo modello per gli ospedali*¹. L'assessore al Welfare Gallera dichiara che «si sta pensando ad un nuovo modello nel quale quasi tutti gli ospedali saranno 'Covid'. Se prima avevamo individuato tre ospedali da destinare esclusivamente ai pazienti Coronavirus, **oggi stiamo pensando di ribaltare l'assioma** perché il numero dei casi cresce in maniera molto importante».

2) Nella seduta del 08-03-2020 la giunta regionale, con delibera XI/2906², avvia il trasferimento di pazienti

CONSIDERATO, inoltre, che al fine di perseguire il suddetto obiettivo ampliando la recettività dei pazienti presso le strutture extra ospedaliere del sistema socio sanitario regionale (post acuti, sub acuti, degenze intermedie, riabilitazione e RSA), si rende necessario liberare rapidamente i posti letto degli ospedali per acuti (terapie intensive, sub intensive, malattie infettive, pneumologia, degenze

Fig. 8 . Estratto della Delibera Regionale XI/2906.

positivi a Covid-19 verso RSA (Fig. 8). La Delibera era stata preceduta da "Chiarimenti" del 23 febbraio³, dove si suggeriva che le case di riposo/RSA restassero aperte alle visite di parenti (non più di uno per paziente), così come i Centri Diurni per Disabili. Non risulta che le disposizioni contenute in "Chiarimenti" siano mai state revocate.

L'assioma⁴, nei ricordi scolastici di ognuno di noi, è un principio evidente per sé, non ha bisogno di esser dimostrato e fornisce il punto di partenza di un quadro teorico di riferimento. "Ribaltare l'assioma" nel caso della pandemia significa consentire che in uno stesso nosocomio si allochino soggetti positivi e negativi. La disposizione sembra quanto mai priva di sostegno scientifico. **Da più di cinque secoli la prassi è coerente con l'assioma "separazione"**, inizialmente fondato su basi puramente osservative. Nel 1468 infatti, un decreto del Senato della Serenissima Repubblica di Venezia istituì un Lazzaretto⁵ su un'isola lagunare, finalizzato alla prevenzione di morbi che si diffondevano tra la popolazione, senza che allora se ne potesse identificare spiegazione. Fu detto "Novo" per distinguerlo dall'altro già esistente, il "Vecio", con sede vicino al Lido, dove venivano invece confinate le persone malate. L'isola del Lazzaretto Novo divenne luogo di contumacia (qui fu inventata la quarantena) per gli equipaggi delle navi che arrivavano dai vari porti del Mediterraneo. Sulla base di un'intuizione esclusivamente empirica, nel XV secolo, la "separazione" venne dunque percepita come l'assioma su cui costruire la protezione da terribili morbi, di cui non si conosceva l'eziologia. Così si governerà in seguito l'approccio alle malattie infettive: comparti separati per i sani (la città), i potenziali (il Lazzaretto Novo) e gli accertati portatori di malattia (il Lazzaretto Vecio). Le scoperte microbiologiche del XIX secolo permetteranno poi di giungere alla dimostrazione scientifica della bontà dell'impianto teorico derivato dall'assioma "separazione": rimarrà invariato fino ai nostri giorni. Almeno fino a quando Gallera decide di "ribaltarlo". Con quale autorevolezza autoreferenziale? La vera motivazione era, neanche troppo celata dalle sue parole, che il sistema era già collassato, a sole due settimane dal primo contagio. In realtà non si aveva più possibilità di individuare un nosocomio difendibile.

L'audit⁶ focalizzato sul Piano Pandemico 2006 di Regione Lombardia aveva rilevato l'assenza di azioni specifiche riguardo la definizione di un "accordo-quadro con i gestori RSA per aumento assistenza medica ed infermieristica finalizzata al contenimento dei ricoveri". Come sopra accennato, non risultano aggiornamenti al documento di riferimento. Nota la vulnerabilità dei soggetti anziani nei confronti delle infezioni⁷, Regione Lombardia il 23 febbraio, due giorni dopo il riscontro del primo contagio, "chiarisce" che le RSA rimangono aperte per le visite ai ricoverati, pur con limitazioni. Nella delibera dell'8 marzo, due giorni dopo che Gallera aveva "ribaltato l'assioma", Regione Lombardia apre le RSA ai ricoveri per pazienti

Covid-19. Vengono così a cadere i solidi presupposti che avrebbero dovuto imporre la creazione di una cintura protettiva verso una delle categorie più a rischio di contagio e di morte. La non-medico Manuela Massarotti, responsabile della RSA Domus Patrizia di Milano, ebbe notizia del primo contagio il 21 febbraio. Immediatamente dispose la chiusura della struttura -h24- agli accessi esterni; mantenne la direttiva anche successivamente ai “Chiarimenti” di Regione Lombardia di due giorni dopo. Non accetterà poi trasferimenti da altre strutture neppure dopo la Delibera regionale dell’8 marzo, sopra ricordata. Il 21 aprile Massarotti può comunicare⁸ che nella struttura da lei diretta si erano verificati “zero contagi”. Questo isolato caso è fortunata conseguenza di una eccentrica iniziativa o frutto di un *modus operandi*, basato su rigorosi principi di protezione?

Rinvio alle Conclusioni per ulteriori commenti inerenti a questo Capitolo.

Bibliografia

1. In: <https://www.lombardianotizie.online/coronavirus-casi-lombardia/> , accesso del 18-04-2020
2. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/07a53e30-f23c-4eae-89df-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n2.vCsc>, accesso del 18-04-2020
3. In: https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/07a53e30-f23c-4eae-89df-88b0b81b4f6b/FAQ+ORDINANZA_+ENTI+LOCALI_definitivo.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-07a53e30-f23c-4eae-89df-88b0b81b4f6b-n1Yi.ch , accesso del 24-04-2020
4. In: [https://it.wikipedia.org/wiki/Assioma_\(matematica\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Assioma_(matematica)) , accesso del 18-04-2020
5. In: <https://www.lazzarettonuovo.com/storia/> , accesso del 18-04-2020
6. In: <https://www.milanosud.it/wp-content/uploads/2020/04/DGR-1046.pdf>, accesso del 19-04-2020.
7. In: Di Fraia G et al. *Sopravvivenza e mortalità per causa*. Rapporto Osservasalute 2018, pagg. 125-143. In: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>, accesso del 10-04-2020
8. In: Corriere della Sera, 21 aprile 2020

8. Elaborazione dei dati grezzi di mortalità

8.1 Metodi

I numeri che vengono quotidianamente somministrati, specialmente quelli sui tamponi eseguiti, non rivestono particolare interesse, se non per contabilizzare le spese. Non sono indicativi del numero di persone a cui sono stati praticati, del momento in cui sono stati praticati, della *compliance* in un eventuale *screening* su una definita popolazione: non rappresentano alcun definibile numeratore e non sono rapportabili ad alcun denominatore. I decessi di persone Covid-19 positive rappresenta l'unico "numero" che può fornire una discreta approssimazione della reale entità degli eventi e si presta a essere elaborato. L'ammontare delle morti in una data popolazione non può tuttavia essere posto in grezzo confronto con altri campioni. L'informazione deve correggersi per la numerosità della popolazione. Mille decessi nel Principato di Andorra connoterebbero una situazione ben più grave di quella oggi presente in Regione Lombardia. La data di insorgenza dei contagi deve inoltre correggersi per una comparazione degli effetti della pandemia su distinte popolazioni: bisogna quindi "allineare" le date di insorgenza. Per l'elaborazione del numero dei decessi che presenterò di seguito, ho proceduto in tal modo:

- Ho estratto i dati grezzi (n° morti certificate) per stato o regione italiana, per data di certificazione dai bollettini della Protezione civile¹ o dai siti di "open data" disponibili², disponendoli in una griglia così costruita

Popolaz.		1a sett							
Mln		21-feb	22-feb	23-feb	24-feb	25-feb	26-feb	27-feb	
60,5	italia	1	2	3	7	10	12	17	
4,47	veneto	1	1	1	1	1	1	1	
10,02	lombardia		1	2	5	8	10	14	
4,9	emilia romagna					1	1	2	
1,53	marche								
4,37	piemonte								

- Ho identificato la data in cui i morti, per ciascun gruppo, superavano la soglia di 0,5 per milione di abitanti. Questo per far corrispondere una omogenea "densità" di contagi per ciascun gruppo, più rappresentativa del problema che non la registrazione del primo singolo caso. Questa data rappresenta il "Tempo 0" di ciascun gruppo esaminato. Ho dovuto correggere in due occasioni i dati di entrambe le sorgenti di acquisizione, in quanto proponevano in un giorno un n° di decessi inferiore a quello del giorno precedente: ho tenuto valido il n° di morti del giorno antecedente anche per quello successivo.
- Ho escluso gruppi che annoverassero meno di 1 Milione di abitanti (regioni: Umbria, Molise, Basilicata; province autonome: Bolzano, Trento)
- Ho allineato i "Tempi 0" di ogni gruppo
- Ho calcolato per ogni gruppo il rapporto fra numero di morti per ogni giorno / numero di abitanti, in Milioni,
- Ho elaborato graficamente i risultati
- NB.
 - Le curve sono costruite su diversi tempi di osservazione, e quindi possono mostrare al colpo d'occhio "lunghezze" variabili. Ciò è dovuto alle diverse date di evento "Tempo 0". Es. Italia 1 marzo, Austria 19 marzo
 - Ho mantenuto l'asse delle ordinate sullo stesso valore per tutti i grafici. In alcuni si potrà vedere uno spazio forse eccessivamente "disabitato", ma in tal modo si avrà un'omogenea comparazione visiva per le curve in tutti i grafici.
 - Si deve rammentare che la morte segue il contagio di circa 2-3 settimane: le curve possono quindi segnalare eventuali "eventi di impatto" con un ritardo di tale entità.

8.2 Grafici (aggiornati a 1 maggio 2020) e Commenti

Mortalità in Alcuni Paesi europei

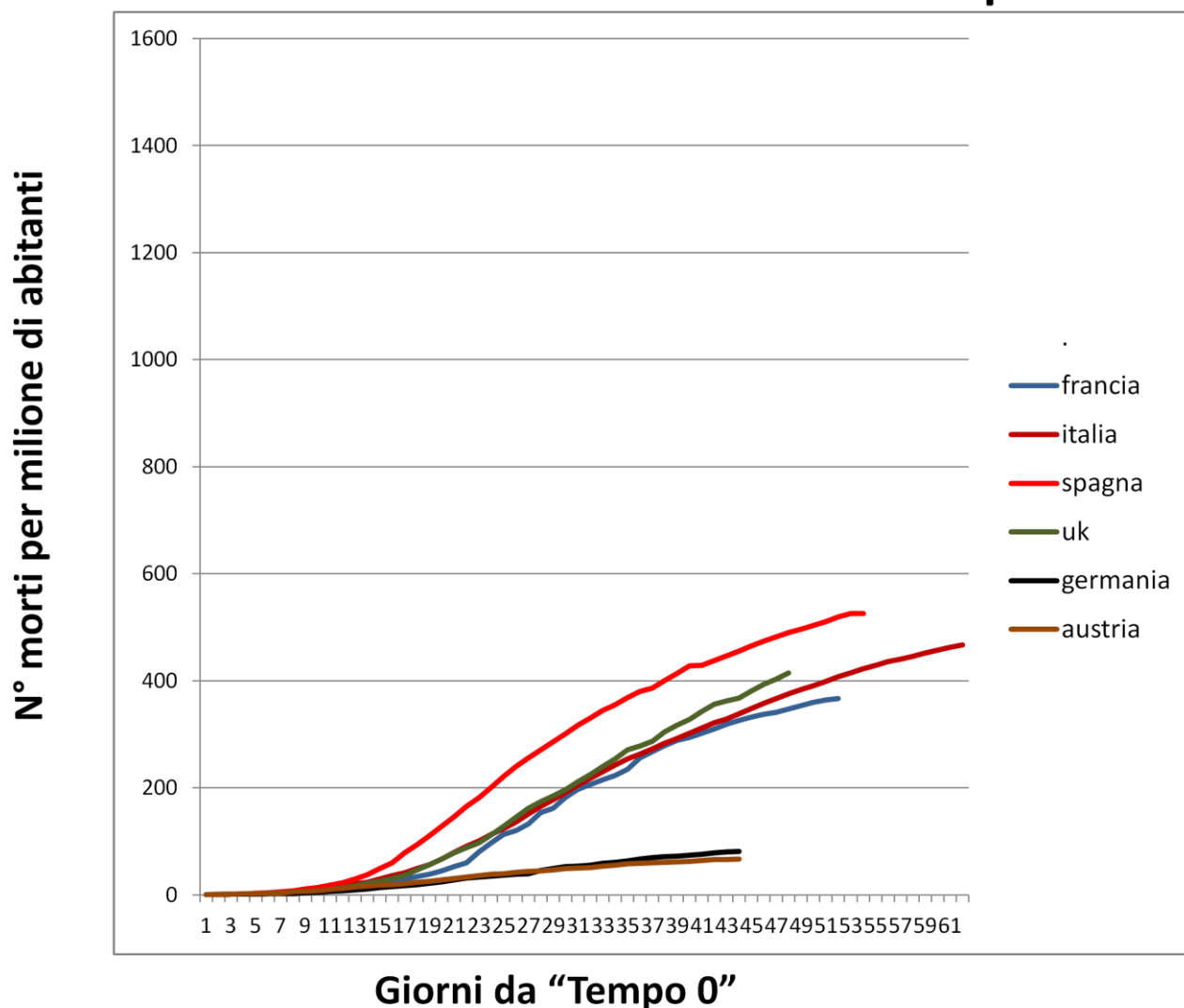


Fig. 9. Vedi Titolo

Mortalità in alcuni Paesi europei (Fig. 9).

Si registra la mortalità più alta in Spagna. Per Italia, Francia e Regno Unito le curve dimostrano un andamento sovrapponibile per oltre un mese; poi sembra apprezzarsi una modificazione. Dimostrano una flessione le curve italiana e francese (più marcata). Quella del Regno Unito sembra invece indirizzata su una direttrice che la porterebbe a intercettare la curva spagnola, anch'essa in flessione, fra 3-4 settimane. È necessario prolungare l'osservazione.

Germania e Austria registrano il minor numero di decessi. La domanda sui motivi per cui la Germania presentasse i risultati migliori hanno trovato, nel tempo, varie risposte: 1) iscrizione solo dei pazienti morti PER Covid-19 e non anche quelli CON Covid-19, 2) più letti disponibili di Terapia Intensiva, 3) i contagiati tedeschi sono più giovani, 4) in Germania si fanno più tamponi.

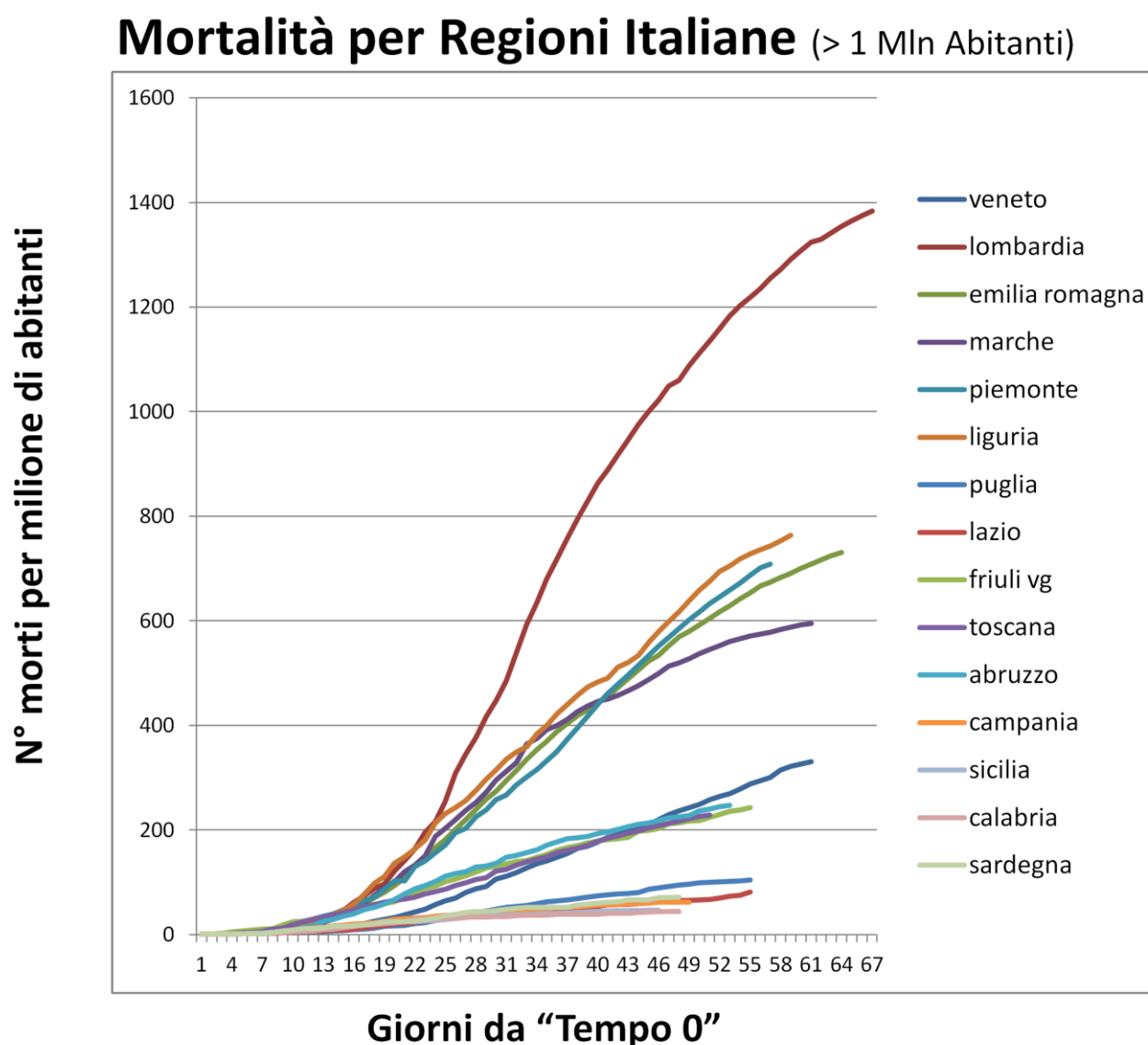


Fig. 10. Vedi Titolo

Mortalità per regioni italiane con più di 1 Milione di abitanti (Fig. 10).

Possono utilizzarsi le ipotesi sopra descritte per spiegare la situazione italiana, regione per regione? Sicuramente no. La Lombardia presenta una mortalità decisamente fuori scala (e certamente sottostimata). Seguono quattro regioni che dimostrano un andamento simile per circa un mese e mezzo: Liguria, Piemonte, Emilia Romagna, Marche. Per quest'ultima regione si può osservare -a questa data- un'apprezzabile flessione della mortalità. Un gruppo di quattro regioni (Abruzzo, Veneto, Friuli VG e Toscana) hanno curve sovrapponibili tra loro. Il Veneto dimostra però, rispetto alle regioni del suo gruppo, un andamento debolmente esponenziale, piuttosto che lineare (vedi oltre). Gli *outcome* più favorevoli si registrano nelle regioni meridionali: Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

Non sarà sfuggito ad alcuno che le curve appaiono affastellate su direttrici ben distinte.

I risultati italiani possono confrontarsi con quelli di altri Paesi ...

Mortalità in Alcuni Paesi Europei e Lombardia

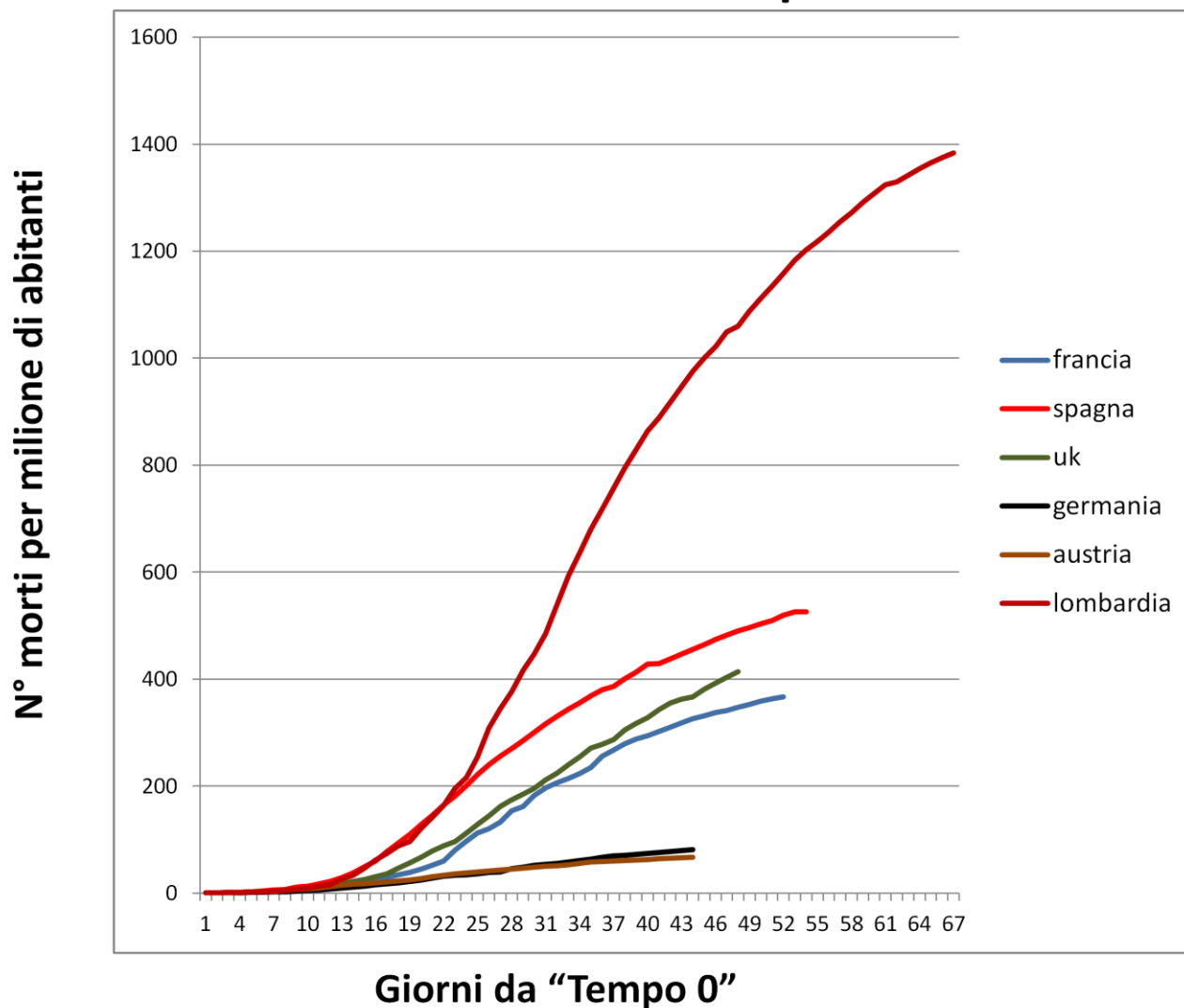


Fig. 11. Vedi Titolo

Mortalità di alcuni Paesi europei e Lombardia (Fig. 11).

Il dato lombardo: fuori scala fra le regioni italiane, lo è anche nel confronto con alcuni Paesi europei. La curva della Lombardia ha dimostrato andamento sovrapponibile a quella spagnola per poco più di tre settimane. Poi la curva lombarda è rimasta in crescita esponenziale, mentre si iniziava a evidenziare flessione in quella spagnola.

Mortalità in Alcuni Paesi Europei e (ITA-Lombardia)

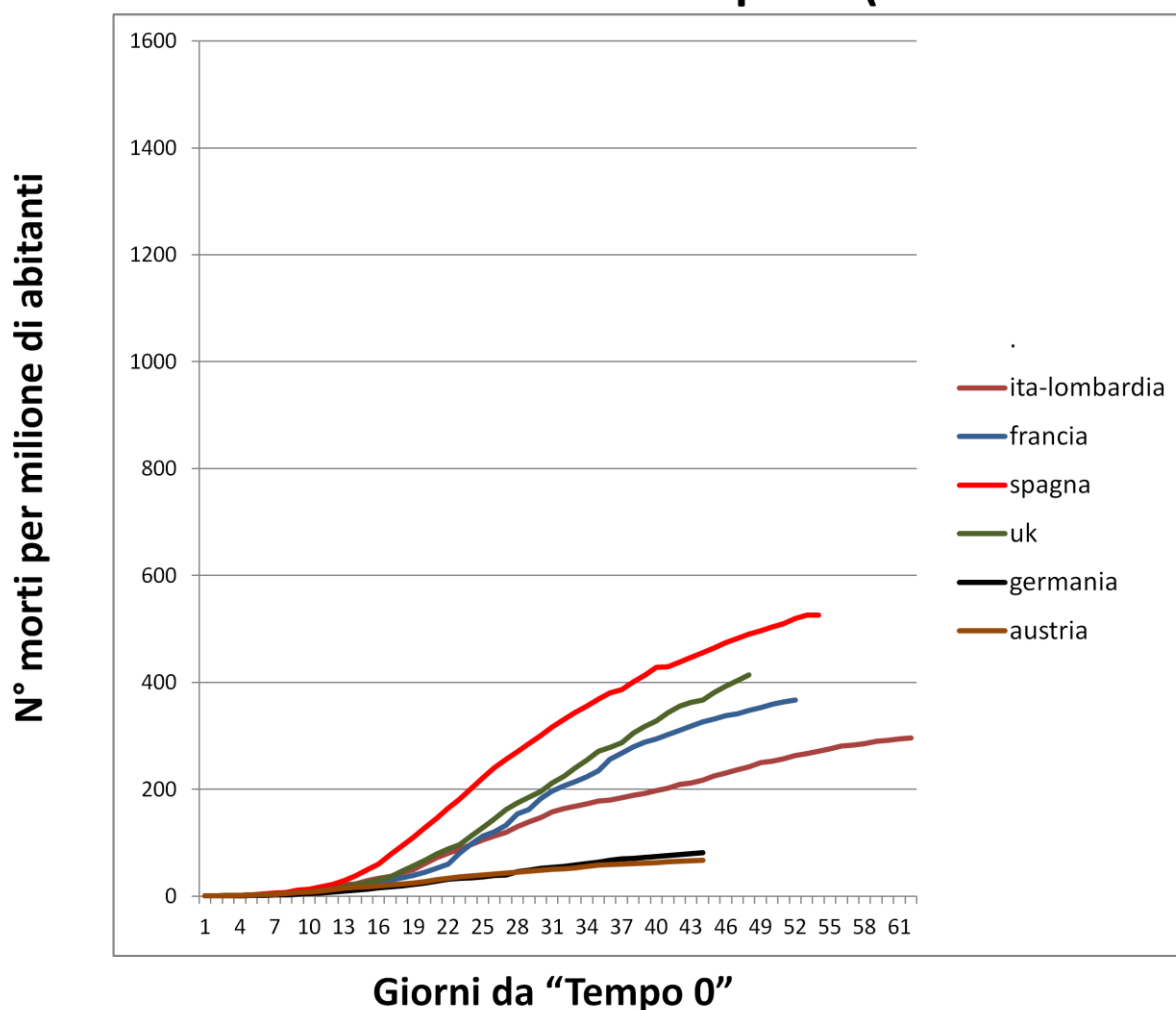


Fig. 12. Vedi Titolo

Mortalità a confronto fra alcuni Paesi europei e l'Italia, dopo sottrazione dei numeri lombardi (Fig. 12).

I dati della Lombardia impattano pesantemente la performance complessiva dell'Italia, che altrimenti dimostrerebbe risultati di discreto livello, al confronto con altri Paesi europei. Ancor più apprezzabili se si considera che l'Italia è stato il primo Paese occidentale colpito dalla pandemia.

Sembra ci sia correlazione fra data di insorgenza del problema pandemico e i successivi sviluppi ...

Mortalità per Regioni Italiane

(> 1 Mln Abitanti , “Tempo 0”: 21 feb-6 mar 2020)

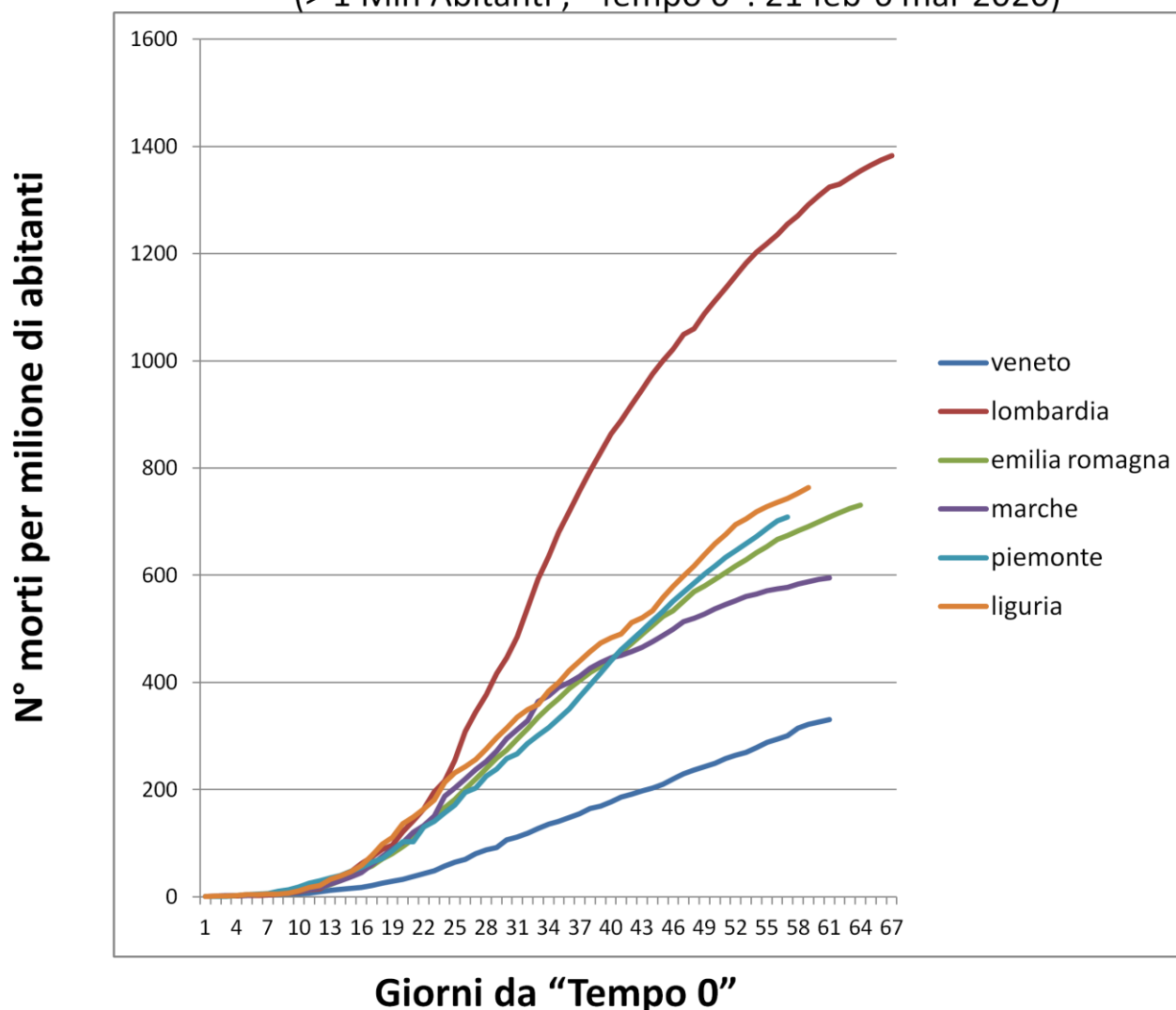


Fig. 13. Vedi Titolo

Mortalità per regioni italiane con Tempo 0 intercorso fra 21 febbraio e 6 marzo 2020 (Fig. 13).

Prendiamo ora in esame le regioni con “Tempo 0” caduto entro il 6 marzo. Quella del Veneto a parte, **le curve mostrano un andamento del tutto sovrapponibile per almeno tre settimane**. In questo momento quella della Lombardia subisce una brusca impennata: corrisponde al 20 marzo. **Qualcosa è successo non oltre il 5/6 dello stesso mese** (Ricordate? Le curve sono indicative dei contagi avvenuti 2-3 settimane prima).

Tutte le curve dimostrano un andamento esponenziale nel primo periodo.

Mortalità per Regioni Italiane

(> 1 Mln Abitanti , “Tempo 0”: > 6 mar 2020)

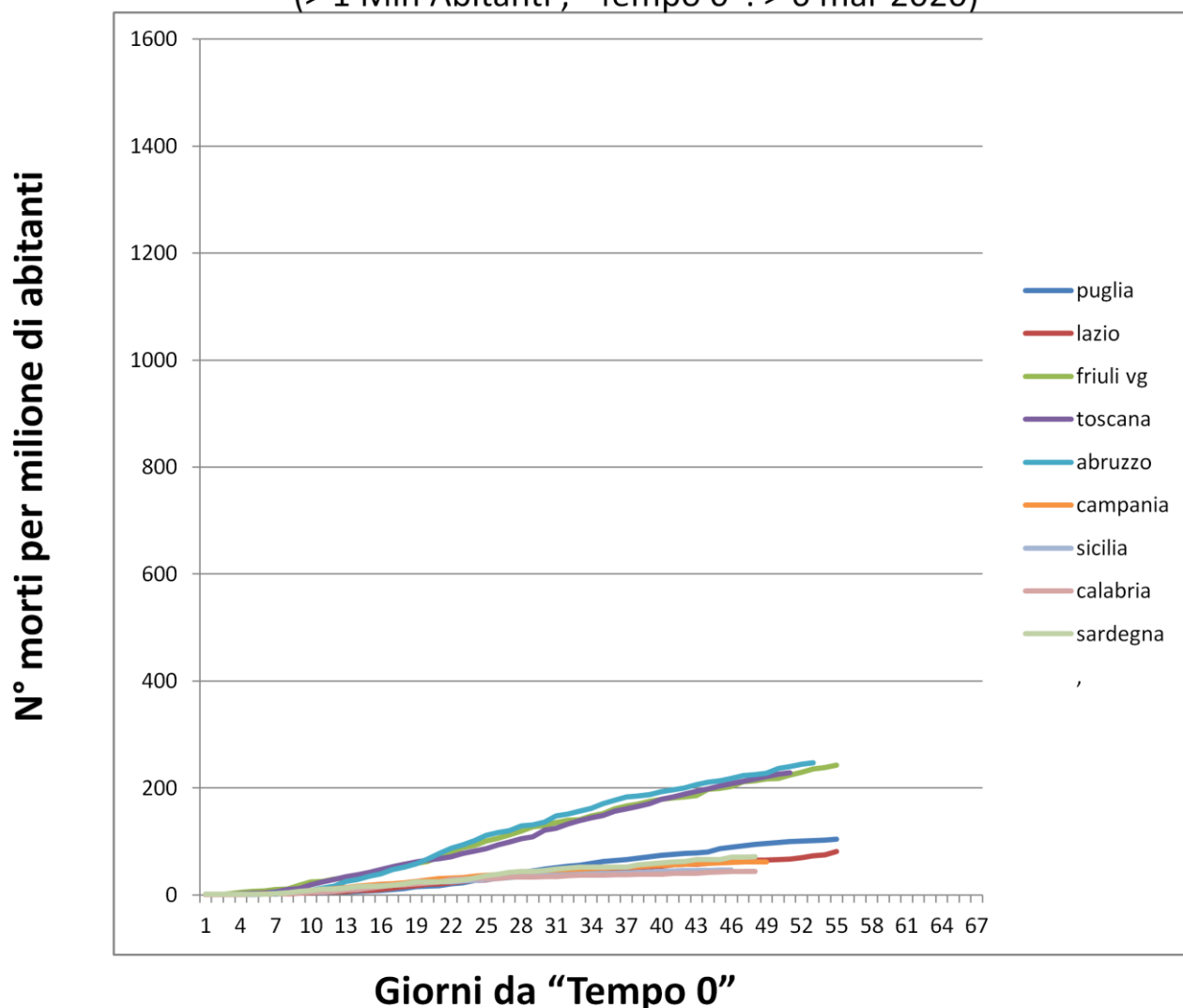


Fig. 14. Vedi Titolo

Mortalità per regioni italiane con “Tempo 0” caduto oltre il 6 marzo 2020 (Fig. 14).

Le regioni con “Tempo 0” caduto oltre la data del 6 marzo dimostrano una mortalità nettamente inferiore rispetto al gruppo prima considerato. È più che probabile segno dell’effetto delle disposizioni restrittive attuate a livello nazionale. I contagi non hanno dunque raggiunto un “volume” significativo nelle regioni che hanno dimostrato ritardo nel raggiungimento del “Tempo 0”. Le tre curve con mortalità maggiore, del tutto sovrapponibili, sono riferite a Friuli VG, Toscana e Abruzzo. Considerato che le altre regioni di questo gruppo sono quelle reputate -Lazio a parte- con i sistemi sanitari più fragili, non c’è che da rallegrarsi. Le curve di mortalità di tutte le regioni qui selezionate mostrano una **crescita lineare**, mai esponenziale in alcun segmento temporale, segno che il famoso fattore “ R_0 ” si è mantenuto costante. Sarebbe interessante sviluppare questa osservazione, ma sarà da rinviare ad altra occasione. Chissà se il migliore *outcome* delle regioni del sud può anche essere motivato da ragioni climatiche ...

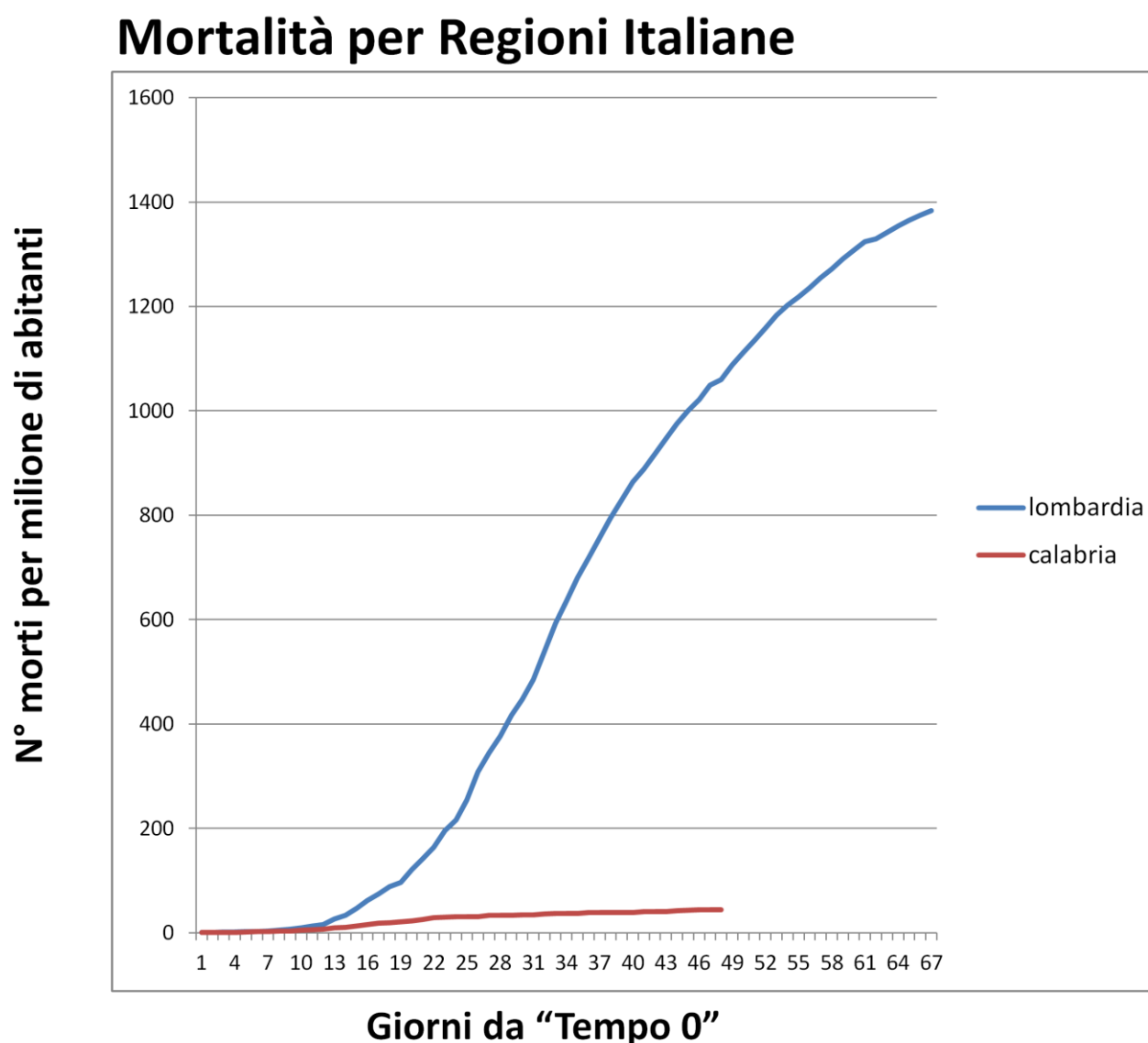


Fig. 15. Vedi titolo.

Lombardia vs. Calabria.

Si confrontano le curve di mortalità di Lombardia e Calabria, rispettivamente le regioni reputate, a inizio pandemia, come quella con il sistema sanitario più avanzato e quella con l'assetto più fragile, in Italia. Si sono rispettivamente dimostrate anche come le regioni a più alta e bassa mortalità, nel periodo considerato, contrariamente a quanto si sarebbe potuto prevedere. I risultati calabresi sono con tutta probabilità da attribuirsi -esclusivamente o quasi- agli effetti di "politica sanitaria" attuati di distanziamento sociale e di limitazione della circolazione.

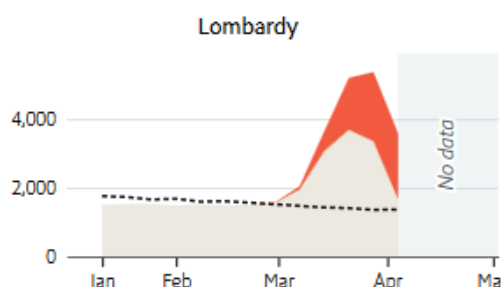
Da questo grafico emerge con forza il ruolo che ha dimostrato avere la "politica sanitaria" nell'occasione della pandemia Sars-Cov-2 per una regione come la Calabria. Nel caso non si è fino a ora verificata la necessità di contrastare i contagi con il sostegno di un'efficace strutturazione della medicina territoriale, né di combatterne gli effetti tramite una rete ospedaliera con avanzate competenze. Fortunatamente non si sono verificate in Calabria le condizioni per cui tutte le armi disponibili dovessero essere impiegate. A nulla tuttavia servirebbero le più avanzate armi, se il loro impiego non fosse sottoposto alla disciplina di una rigorosa politica sanitaria.

Non c'è alcun rischio di sopravvalutare il ruolo della politica sanitaria nell'organizzazione dell'offerta di salute, che deve risultare efficiente ed efficace. Solo nella presente contingenza abbiamo verificato come provvedimenti di politica sanitaria "basici" abbiano consentito che gli effetti di una grave pandemia, in alcune regioni, potessero essere equiparabili a quelli di una "semplice influenza", anche se a prezzo di misure eccezionali. Non tutte le regioni hanno però potuto beneficiare di "favorevoli" contingenze, come la Calabria. Possiamo però immaginare i margini di miglioramento che i sistemi sanitari sarebbero in grado di conseguire, solo ridefinendo i loro assetti. Dal punto di vista di un freddo osservatore, l'esperienza pandemica è un'occasione interessante: in un Paese in cui si erogano finanziamenti omogenei e in cui convivono sistemi sanitari difformi, si possono osservare differenze molto squilibrate sotto i profili strutturali e di offerta che possono essere circoscritti nel perimetro salute, con fatali ripercussioni sull'efficienze di sistema.

Le regioni impegnate precocemente in prima linea, nel contenimento dei contagi e dei loro effetti, hanno risposto in modo molto difforme. La pressione cui sono state sottoposte, a dispetto degli enunciati di certuni (vedi capitolo successivo), si è dimostrata comparabile in tutte le regioni osservate, come si può evincere dall'osservazione delle rispettive curve di mortalità, in fase di andamento esponenziale, assolutamente sovrapponibili per circa tre settimane. Allo scadere di questo periodo diviene evidente la capacità di ulteriore resistenza di alcune regioni, mentre per altre -Lombardia *in primis*- la situazione si dimostra oramai più governabile. Le dinamiche che hanno condotto a questo stato di cose saranno meglio focalizzate nel prossimo capitolo. Le cifre della catastrofe lombarda probabilmente non rendono neppure conto della sua reale entità, come suggerirebbe un recente studio³ (Fig. 16).

Confirmed weekly deaths

■ Deaths attributed to covid-19 ■ All other deaths Expected deaths



Excess mortality since region/country's first 50 covid deaths

Updated on April 28th 08:47 UTC

REGION / COUNTRY	TIME PERIOD	COVID-19 DEATHS	TOTAL EXCESS DEATHS	COVID-19 AS % OF TOTAL
Lombardy	Mar 1st-Apr 4th	6,132	12,802	48%

Fig. 16. Eccesso di mortalità in regione Lombardia nel periodo 1 marzo - 4 aprile.

Bibliografia

1. In: <http://salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNotizieNuovoCoronavirus.jsp>
2. In: https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19/blob/master/csse_covid_19_data/csse_covid_19_time_series/time_series_covid19_deaths_global.csv
3. In: <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/04/16/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries?fsrc=scn/fb/te/bl/ed/covid19datatrackingcovid19excessdeathsacrosscountriesgraphicdetail>, accesso del 02-05-2020

9. Conclusioni

NB. La bibliografia di questo capitolo include unicamente le voci di nuovo riferimento. Altrimenti nel testo si rinvia ai capitoli in cui l'argomento è già stato trattato.

All'inizio dell'anno in corso Regione Lombardia si trova dunque ad affrontare un ipotetico rischio pandemico [per il quale OMS aveva già lanciato un *alert* (vedi Cap. 5)], con alcune peculiari caratteristiche valutabili *a priori* come critiche. Le principali:

1. Un piano pandemico non aggiornato e già riconosciuto dieci anni prima come carente in alcuni punti (vedi Cap. 5).
2. Un expertise di sistema gravemente insufficiente nei confronti della profilassi delle malattie infettive (vedi Cap. 5).
3. Alcune attribuzioni delle ex ASL non rideterminate compiutamente dopo la loro soppressione (vedi Capp. 4, 5).
4. Un assetto di medicina territoriale funzionale unicamente alla presa in carico dei pazienti cronici e comunque gravemente in ritardo nella sua attuazione (vedi Cap. 4).
5. Una rete ospedaliera ancora non classificata, per inadempienza verso il Decreto del Ministero della Salute 70/2015 (vedi Cap. 4).
6. Una disponibilità di letti "pubblici" per acuti sottodimensionata rispetto ai punti di DEA/PS in quattro delle otto ATS territoriali (vedi Cap. 4).
7. Una dotazione gravemente deficitaria dei posti letto per pazienti critici (vedi Cap. 4).

Dovremmo immaginare come il problema individuale di un paziente sospetto per Covid-19 potrebbe essere affrontato in una ipotetica situazione ideale. In primo luogo l'accertamento diagnostico e la valutazione dei suoi bisogni terapeutici dovrebbero essere espletati in ambito territoriale (medico di medicina generale e presidi di base, non nell'ambito delle strutture di emergenza/urgenza). Inquadrata in periferia le necessità di cura, si sarà poi nella condizione di disciplinare i flussi dei pazienti verso il livello di assistenza più appropriato: domiciliare, o in regime di ricovero -secondo necessità- presso nosocomi già classificati per livello di prestazioni erogabili e inquadrati adeguatamente entro la progettualità strategica antipandemica (ospedali Covid-19 dedicati). Ogni occupazione impropria di un livello assistenziale si traduce infatti, nella migliore delle ipotesi in una spesa inutile (es. un ricovero in degenza terapia intensiva nell'indisponibilità di posti letto per cure intermedie), in quella peggiore in una inadeguata offerta di salute (es. indisponibilità di posti letto in terapia intensiva in un paziente critico). Per la persona Covid-19 sintomatica si potrebbe dunque aprire un ventaglio di opzioni, graduabili a seconda di un crescente impegno clinico:

A. Trattamento domiciliare per pazienti senza comorbidità, con sorveglianza clinica (medico di medicina generale ± assistenza domiciliare).

- a. O₂ terapia
- b. O₂ terapia e assistenza respiratoria con dispositivi di bassa complessità (Positive End-Expiratory Pressure, PEEP)

B. Trattamento in degenza.

- a. Idem come sopra, per pazienti ove sia richiesta stretta osservazione (es. per comorbidità)
- b. O₂ terapia e assistenza respiratoria con ventilazione non invasiva (tipo CPAP, Continuous Positive Airway Pressure) in degenza ordinaria (Pneumologia, Malattie Infettive, Medicine Generale) o unità di terapia semi-intensiva
- c. O₂ terapia e assistenza respiratoria con ventilazione meccanica [Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR), o Terapia Intensiva Generale (TI)]
- d. O₂ terapia e assistenza respiratoria con ventilazione meccanica e circolazione extracorporea (ExtraCorporeal Membrane Oxygenation, ECMO)

Stanti le caratteristiche del SSL richiamate in testa al capitolo, l'offerta di salute in corso di pandemia è stata da subito messa in crisi in Lombardia. La mancanza di aggiornati modelli gestionali di riferimento hanno frantumato le capacità di contenimento dei contagi della prima linea. L'indisponibilità di Dispositivi di Protezione Individuale per i medici di medicina generale, la cui fornitura doveva essere in capo alle ex ASL, ha determinato l'impossibilità di attuare le più elementari procedure di profilassi e contenimento dei contagi negli ambulatori periferici. Nessun presidio di base extraospedaliero era attivo per un efficiente *triage* dei pazienti. Rispettando l'inopinato protocollo tradizionale, i pazienti con sintomi si sono riversati con disordinato afflusso nei DEA e PS di tutti i nosocomi, senza alcun filtro previo: nessun presidio della rete dell'emergenza/urgenza era stato infatti stato identificato per un accesso riservato dei pazienti sospetti. Nel caso del PS di Alzano L. interessato da contagio, chiuso dal Direttore Sanitario della struttura, giunse addirittura ordine superiore che disponeva la riattivazione immediata dell'attività clinica.

I pazienti positivi, transitati da PS meritevoli di cure, sono stati ricoverati indistintamente nei letti per acuti, anche se eventualmente trattabili al domicilio, del tutto privi di una pratica possibilità di attivare in tale sede alcun tipo di sorveglianza/terapia di supporto. La campagna che poi è stata avviata da Regione Lombardia, per deviare dai PS un'esuberante richiesta di salute e mantenere al domicilio i pazienti con sintomi, autodenunciatisi al numero verde istituito, non si è accompagnata al controllo delle loro condizioni: solo a conclamazione della dispnea queste persone potevano sperare in una qualche attenzione, non per intervento della medicina territoriale, ma ancora solamente su iniziativa autonoma (118 e PS): un'inedita conversione dei principi di diagnosi precoce e cura tempestiva. La carenza strutturale di letti dedicati alle cure intermedie (vedi Cap. 4) ha determinato infine l'ingresso nelle TI anche dei pazienti non candidati a ventilazione meccanica, aggravando ulteriormente il già grave deficit di questo settore. La risposta di Regione Lombardia a questa catena di criticità è stato l'intervento sull'anello terminale: una frenetica rincorsa all'attivazione di letti di TI, pur nella carenza di personale professionalmente adeguato. Contestualmente e in parallelo a questi eventi, i centri ospedalieri si consolidavano come moltiplicatori dei contagi, anche per effetto del deficit di *expertise* riguardo la profilassi delle malattie infettive.

Lascio il racconto degli sviluppi della gestione lombarda dell'emergenza da Sars-Cov-2 esclusivamente alle testuali parole degli avv. Attilio Fontana e Giulio Gallera, rispettivamente presidente e assessore al Welfare di Regione Lombardia. All'esordio dell'emergenza rilasciavano le seguenti dichiarazioni:

- **21 febbraio.** Il presidente Fontana ha sottolineato che «Siamo pronti a reagire a qualunque evenienza»¹.
- **25 febbraio.** Così Giulio Gallera: «Stiamo recuperando: 300 mila mascherine ffp3, 200 mila mascherine chirurgiche, 1,5 milioni di tamponi (già 10 mila consegnati oggi), un milione di camici e 2 milioni di guanti. Rassicuriamo che ci sono e stiamo iniziando a distribuirli»².

Estratti delle conferenze stampa che si sono quotidianamente tenute fino al 14 aprile, pubblicati sul sito istituzionale di Regione Lombardia³, formano la traccia per il resoconto successivo. Si sottintende che sono tutte citazioni enucleate da dichiarazioni di Gallera, salvo diversa segnalazione (Fontana si è offerto sporadicamente alla ribalta, in quasi tutte le occasioni per riferire unicamente di incontri e riunioni). Le sottolineature nel testo trascritto sono mie. Raggruppo gli enunciati per tema trattato. Il racconto è largamente incompleto: molti punti di profondo interesse sono glissati, ma non certo per mia censura.

Creazione di percorsi separati per i pazienti Covid-19.

- **26 febbraio.** “Nessun reparto degli ospedali lombardi sta chiudendo ... non c'è nessun tipo di interruzione dell'attività sanitaria”.
- **1 marzo.** “La Lombardia, inoltre, su indicazione dell'OMS sta valutando di dedicare un ospedale esclusivamente ai malati di Coronavirus”.
- **2 marzo.** “I presidi di Lodi, Seriate e Crema, stanno diventando ospedali ‘a vocazione Coronavirus’... ma probabilmente se ne aggiungeranno altri”.
- **5 Marzo.** “Baggio (L'ospedale militare NdR) è stato allestito ed è pronto (50 posti letto dedicati ai pazienti con Covid-19 dimessi, NdR)... Domani quindi potrebbero arrivare i primi casi”.

- **6 marzo.** *“Si sta pensando ad un nuovo modello nel quale quasi tutti gli ospedali saranno ‘Covid’. Se prima avevamo individuato tre ospedali (Lodi, Seriate e Crema NdR) da destinare esclusivamente ai pazienti Coronavirus, oggi stiamo pensando di ribaltare l’assioma perché il numero dei casi cresce in maniera molto importante. Stiamo dunque individuando alcuni presidi per le patologie più importanti”.*
- **8 marzo.** *“18 ospedali hub per tutte le urgenze, gli altri per pazienti covid-19”.*
- **12 marzo.** *“Abbiamo coinvolto tutto il mondo socio sanitario comprese le RSA, le case di riposo e gli ospedali privati ottenendo risultati incredibili ... Tutti gli erogatori pubblici e privati hanno praticamente azzerato le attività programmate convertendo i posti letto per incrementare l’offerta di degenza e di sorveglianza intensiva per i pazienti affetti da Coronavirus”.*
- **14 marzo.** *“81 persone che stanno meglio sono state trasferite in RSA. **Non so in quale altro Stato europeo sarebbe stato possibile fare una cosa del genere**”.*
- **15 aprile.** *“Oggi si è insediata la commissione sulle RSA: vogliamo ci sia quadro indipendente e autorevole che si basa su dati scientifici e che possa raccontare cosa è realmente successo in questi mesi e se ci sono stati errori, qualche **ammanco** (sic! NdR) da parte dei gestori e quindi come rimediare”.*

Da quanto dichiarato da Gallera, almeno fino al 1° marzo non veniva neppure presa in considerazione l’ipotesi di riservare, fra tutti gli ospedali lombardi, dei centri dedicati esclusivamente a pazienti Covid-19. La “valutazione” di procedere in tal senso sembrerebbe stata indotta unicamente da un’indicazione dell’OMS! I veneziani del XV secolo, senza essere a conoscenza né dell’esistenza di “microbi” né delle modalità di diffusione dei “morbi” avevano intuito come si dovevano affrontare certe questioni: la politica sanitaria inventata allora non è più stata modificata fino ai giorni nostri.

L’Ospedale Militare di Baggio, allestito per ospitare pazienti Covid-19 di lieve o moderato impegno clinico, è stato aperto il 6 marzo e chiuso una settimana dopo (13 marzo)⁴ per contagi del personale. Al riguardo, nessun commento o comunicazione ufficiale da parte di Gallera è rintracciabile fra le sue dichiarazioni.

Lo “Stiamo pensando di ribaltare l’assioma” pronunciato da Gallera andrebbe tradotto in: “non riusciamo più a difendere nessun ospedale”, questo a due settimane dall’insorgenza della pandemia. Il 6 marzo 309 pazienti erano ricoverati in TI, un numero ancora assorbibile dal sistema. Qualcosa evidentemente era cambiato, se nei giorni successivi il sistema è andato in default.

Ribaltato l’assioma, vengono individuati ospedali Hub, quindi Covid-19-free, a rigor di logica. Il San Gerardo di Monza aveva già denunciato, nello stesso giorno della designazione come centro di riferimento per urgenze cardiologiche interventistiche e neurologiche stroke, il primo decesso per Covid-19. Il primo caso diagnosticato in quell’ospedale risaliva già al 29 febbraio^{5,6}. Un mese dopo al San Gerardo erano ricoverati centinaia di pazienti Covid-19⁷.

Il 12 marzo viene annunciato il trasferimento nelle RSA di pazienti non specificati (Covid-19 NdR), conformemente alla Delibera emanata quattro giorni prima. Contestualmente si assicura che l’attività clinica ordinaria si è azzerata (lodevole, seppur tardiva, scelta ... o necessità? Non vengono fornite specificazioni al riguardo). Il 14 successivo Gallera annuncerà che 81 pazienti erano già stati trasferiti nelle RSA, vantando che in nessun altro stato europeo sarebbe stata possibile una cosa del genere. Credo che il suo limitare quanto da lui realizzato al confronto con i soli stati europei sia stato segno di eccessiva modestia. Potrei sottoscrivere senza riserve il suo pronunciamento, tuttavia conferendogli probabilmente un senso diverso. Comunque, a un mese dalla straordinaria iniziativa, Gallera istituisce una commissione d’inchiesta sulle RSA, per verificare se ci sono stati errori e “qualche ammanco” (sic! NdR).

DPI, Assistenza Domiciliare Integrata/Rete Territoriale, “Ravvedimenti Operosi”.

- **28 febbraio.** *“Tutto il personale sarà fornito di idonei dispositivi di protezione personale”.*
- **5 Marzo.** *“Cerchiamo inoltre di fronteggiare uno dei **disagi** ... la difficoltà a reperire i Dispositivi per la Protezione Individuale per tutti coloro che sono impegnati in prima linea e per i medici di base, farmacisti e Protezione civile”.*
- **27 marzo.** *“Stiamo rafforzando in maniera significativa l’attività sul territorio per prenderci cura di quelle persone cosiddette ‘paucisintomatiche’, recependo una direttiva nazionale che ha accolto le richieste dei*

medici di base di maggiore tutela, affiancando loro dei pool di assistenza domiciliare. Anche in Lombardia stiamo dunque procedendo a rimodulare l'assistenza domiciliare integrata. Su richiesta dei medici di medicina generale, Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA NdR) andranno a visitare i pazienti, li sorveglieranno o stabiliranno, se necessario, collocarli in degenze di sorveglianza quando non possono essere sorvegliati al proprio domicilio”.

- **28 marzo.** “Se nelle prime settimane di tsunami ... abbiamo dovuto, compiendo sforzi titanici, ampliare l'offerta ospedaliera, oggi dobbiamo concentrarci sul rafforzamento della rete territoriale, un lavoro che è già iniziato in maniera strutturata e che andremo a intensificare giorno dopo giorno”.

Il 21 marzo viene pubblicata⁸ la foto di un ortopedico mantovano (Fig. 17) che si è dotato di un DPI



Fig. 17. Un ortopedico mantovano si protegge con dispositivo autoprodotta⁸.

non a norma (non si identifica il marchio CE). Evidentemente la sua ASST non ha provveduto a rifornirsi adeguatamente di DPI per mezzo di ARIA SpA. Ma i dispositivi per i medici di medicina generale che fine hanno fatto? Non erano le ASL in obbligo del loro approvvigionamento e stoccaggio (vedi cap. 5)? La competenza delle ex ASL a chi è stata trasferita, dopo la loro abolizione con l'introduzione del nuovo SSL? Possono queste inadempienze comportare solo **disagi**? Il personale medico impegnato in prima linea sta contagiandosi, ammalandosi e anche morendo per mancanza dei DPI. Se non bastasse si sta colposamente rendendo moltiplicatore del contagio. Che ruolo ha il personale sanitario contagiato nella formazione del coefficiente dell'ormai famoso fattore “ R_0 ” rispetto al solitario *runner*?

Anche in Lombardia si organizzano le USCA: il Governo le ha istituite con il Decreto n. 14 del 9 marzo⁹. Serviranno certo a rafforzare la rete territoriale, o meglio, a inventarla di sana pianta (vedi Cap. 4). **Al 14 aprile, a più di un mese dall'entrata in vigore del DG, che avrebbe dovuto avere effetto immediato, erano operative otto USCA delle sessantacinque previste per le sole Milano e Lodi¹⁰**, chiaro segnale che risorse di base non erano minimamente in disponibilità né si prevedeva strategicamente di muovere personale da altri fronti. Non sono riuscito a risalire né a un documento che identificasse il numero di USCA programmate per coprire l'intero territorio lombardo, né a un aggiornamento posteriore.

Si potrebbe nel caso discutere sulla scelta di investire nelle cure intensivistiche (vedi la realizzazione del costosissimo e inutilizzato ospedale-Fiera: 21 milioni di Euro) piuttosto che nella medicina territoriale, ma ogni commento uscirebbe dal perimetro tematico prefissato, perciò mi taccio. Rimando al carteggio fra la Federazione degli Ordini dei Medici e Odontoiatri Lombardi (FROMCeO) e Gallera in **Appendice C** per far conoscere la loro opinione riguardo la sensibilità di Regione Lombardia nei confronti della medicina territoriale.

La Bomba Atomica

8 aprile. “È impossibile paragonare quanto successo in Lombardia rispetto a Veneto e Emilia-Romagna. Da noi è scoppiata una bomba atomica ... e, per fortuna, nelle altre regioni questo non è avvenuto. L'Emilia-Romagna è stata lambita, la provincia di Piacenza è stata colpita in maniera massiccia. In Veneto c'è stata l'individuazione a Vo' Euganeo, in un'area ristretta dove si è riusciti a soffocare il virus subito. Noi, invece, abbiamo subito un'onda d'urto tremenda.

Come illustrato nei grafici di Figg. 10-11, la curva dei decessi in Regione Lombardia è stata assolutamente sovrapponibile a quella di Veneto per almeno due settimane, e per tre a quelle di Emilia-Romagna, Piemonte, Liguria e Marche, nonché a quella spagnola, segno indiretto che l'entità dei contagi era sovrapponibile in questi gruppi. L'affermazione di Gallera non è quindi sostenuta dalla valutazione delle curve di mortalità. Si potrebbe concordare con Gallera unicamente in ipotesi di grave sottostima dei decessi. Questo è realmente accaduto, secondo lo studio citato alla fine del precedente Capitolo, ma solo dopo la prima settimana di marzo, in pieno accordo con le deduzioni basate sulla valutazione dei grafici di mortalità. In Lombardia è realmente esplosa una bomba atomica, ma l'innescò si è acceso nei nosocomi. Non bastasse, gli stessi medici di medicina generale per primi hanno denunciato che i loro ambulatori si erano trasformati in centri di moltiplicazione dei contagi, complici la mancanza di linee guida e di DPI (vedi **Appendice C**).

Lo Stato delle Cose

- **27 febbraio.** *"I ricoveri iniziano a diminuire".*
- **28 febbraio.** *"Il virus clinicamente non dà problemi ed è facilmente risolvibile nel 90% dei pazienti".*
- **11 marzo. Parla Fontana.** *"La sanità lombarda sta dando risposte che non so quante altre realtà nel mondo sarebbero riuscite a dare".*
- **23 marzo.** *"Ieri eravamo moderatamente ottimisti. Avevamo detto che il trend era in calo e oggi si conferma. Oggi forse è la prima giornata positiva di questo mese duro, durissimo".*
- **31 marzo.** *"I dati sono la conferma di una speranza. Diminuisce infatti il numero dei positivi e degli accessi alle terapie intensive".*
- **1 aprile.** *"Iniziamo a vedere una piccola luce".*
- **3 aprile.** *"I dati oggi sono confortanti, si è arrestata la crescita, diminuiscono infatti i ricoverati che oggi sono 'solo' 40 in più".*
- **7 aprile.** *"lo sforzo chiesto e fatto sta dando risultati positivi, nonostante le prime settimane facessero prevedere scenari agghiaccianti ... Giorno dopo giorno c'è una continua riduzione di tutti i fattori e questo è un elemento positivo. **Tutti gli indicatori sono positivi**".*

Mortalità Grezza nelle Regioni Italiane

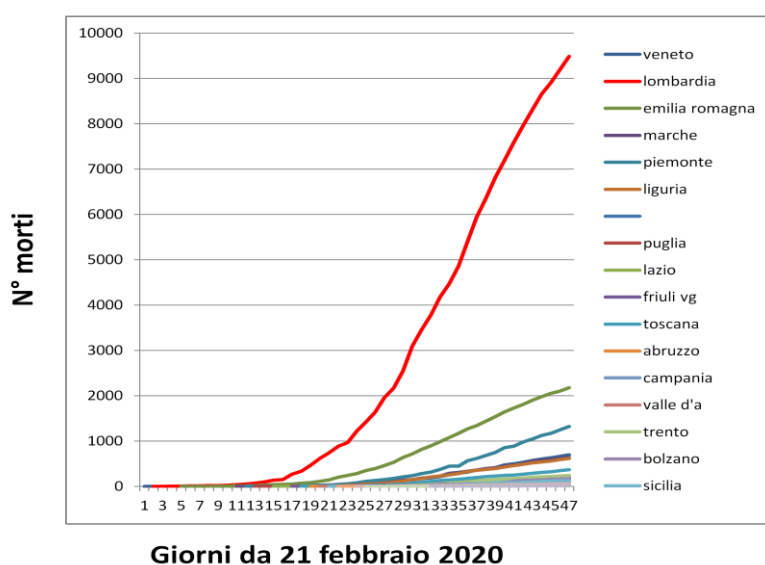


Fig. 18. Vedi titolo.

La situazione del 7 aprile è plasticamente descritta nel grafico di fig. 18. Davvero aderenti alla realtà i commenti di Gallera?

Tamponi e Deviazioni di Protocollo.

- **27 febbraio.** *"I tamponi verranno effettuati solo ai pazienti sintomatici (febbre e dispnea)".*

- **27 febbraio.** (L'asintomatico, NdR) "presidente della Regione Lombardia, Attilio Fontana, ha annunciato in diretta Facebook di essersi sottoposto al test (perché una sua collaboratrice è risultata positiva NdR), che è risultato negativo".

- **4 marzo.** "Sono tutti negativi gli esiti dei tamponi effettuati ai componenti della Giunta regionale a seguito della positività riscontrata per l'assessore Alessandro Mattinzoli".

- **18 marzo.** "La Lombardia si è sempre mossa secondo linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). All'inizio i tamponi venivano effettuati su tutti i 'contatti diretti' (evidentemente fino al 27 febbraio NdR), poi l'ISS ha detto che andavano fatti solo ai 'sintomatici' e alle persone che arrivavano in Pronto Soccorso con sintomi. Lo stesso vale anche per gli operatori dei nostri ospedali"

- **23 marzo.** "Noi vogliamo fare i tamponi a tutti coloro che ne hanno bisogno. Ai medici di medicina generale e ai pediatri li facciamo, così come da oggi misuriamo la temperatura al nostro personale sanitario. Se è a 37.5, li mandiamo a fare i tamponi, perché noi ci teniamo".

In virtù della positività riscontrata per l'assessore Alessandro Mattinzoli, la Giunta si concede una "deviazione" dal protocollo sulla somministrazione dei tamponi e si sottopone compatta al test, in violazione delle linee-guida. Gli operatori sanitari in prima linea sono stati trascurati anche dopo la circolare prot. 7865 del Ministero della salute (25 marzo)¹¹: nessun tampone per loro.

Circa l'affermazione del 23 marzo, rimando ancora al carteggio FROMCeO-Gallera in **Appendice C**.

Per estendere le conclusioni mi avvalgo del lucido pensiero del Prof. Giorgio Palù, accademico di Padova, già presidente della *European Society of Virology*, uno degli artefici degli ottimi risultati conseguiti in Veneto nella lotta contro Sars-Cov-2. Vi invito molto caldamente a frequentare i suoi contributi, decisamente interessanti per le puntualizzazioni sul problema pandemico, valutato da diverse prospettive. Ho rimaneggiato i contenuti di due sue interviste pubblicate il 22 marzo e il 2 aprile^{12,13}, per rendere più fluida la sintesi finale: pur avendo tralasciato di riportare alcune sue taglientissime valutazioni, spero di aver esteso un buon sommario. Ho utilizzato anche alcune proposizioni che, pur defilate dal tema che avevo in animo di svolgere, contribuiscono a dare visione del problema pandemico in un'ottica di riequilibrio delle tante e diffusi informazioni che ci vengono assiduamente somministrate da pulpiti "autorevoli". Le considerazioni di Palù al riguardo: «Vorrei far notare come in Italia si sia d'improvviso verificata una proliferazione di virologi e sedicenti tali. Hanno parlato tutti di tutto e del contrario di tutto e la loro voce è stata amplificata dai *talk show* e dai *social*, che non sono certo sorgenti di informazione rigorosa e documentata. Si è assistito ad una sorta di isteria comunicativa che ha frastornato la gente in un momento drammatico per il Paese. Dovremmo noi imparare dal sistema britannico o americano che la parola spetta a pochi specialisti investiti di responsabilità e a comunicatori professionisti»¹³.

Veniamo alle conclusioni. Così Giorgio Palù: Il modello Veneto è sicuramente un modello di cultura, di storia e di professionalità nell'ambito di gestione e dirigenza di Sanità Pubblica. Il Veneto ha sempre concepito la sanità pubblica come tale e non come privata, prestando attenzione proprio ai problemi legati alle emergenze, dunque non solo alle necessità clinico-assistenziali, ma soprattutto alla prevenzione e più in generale alla cosiddetta *Public Health*. Il Veneto si è distinto per l'organizzazione e una cultura di *Public Health* che non nasce ieri, ma che è acquisita da lungo tempo e che fa parte della tradizione della Serenissima Repubblica che ha inventato la quarantena, i lazzaretti, che ha vissuto in prima persona i pericoli del contagio e le epidemie portate dall'Oriente. Una cultura basata anche sulla grande tradizione di medicina sperimentale della Scuola medica patavina. Questa cultura si è concretizzata in una sanità pubblica diffusa in presidi territoriali radicati nella realtà veneta, con un potenziamento dei medici di medicina generale, pronti a gestire un rapporto diretto con gli ospedali grazie anche ad un aggiornamento costante tramite corsi offerti dalla Regione. Per cui i medici di medicina generale del Veneto, anche nella contingenza attuale, erano preparati a fronteggiare l'emergenza del Sars-CoV-2 che è proprio un'emergenza di Sanità Pubblica. Per la sua struttura organizzativa, il Veneto ha previsto tanti letti nelle

unità di terapia intensiva quanti quelli della Lombardia, regione nella quale il numero degli abitanti è però quasi il (più del Ndr) doppio. In aggiunta, ha immaginato una gradualità delle cure intensive.

La strategia dei tamponi in Veneto ha influito solo in misura relativa sul controllo dell'andamento epidemico. È giusto fare tamponi ai sintomatici e a tutti i contatti dei soggetti positivi al test come suggeriscono le linee guida dell'Oms, ma è impensabile effettuarli su tutta la popolazione. Ora è inutile estenderli indistintamente alla popolazione perché il virus purtroppo si è ormai largamente diffuso e non sappiamo nemmeno quanto. I test possono dare una misura dei nuovi casi incidenti ma non di quanto circoli il virus. Il confinamento a casa e il distanziamento sociale sono le misure che permettono la riduzione dei contagi. Quindi il tampone è utile per monitorare chi può diffondere il virus ai soggetti più gracili, a chi è in prima linea come i medici, gli infermieri i tecnici sanitari. Va fatto nelle case di riposo, a chi per legge deve correre dei rischi come i carabinieri, finanziari, poliziotti, pompieri, gestori di pubblici uffici essenziali. E in Veneto si sta procedendo in questo senso.

Questo virus muta molto meno di influenza e Hiv, ma può ricombinare, cioè riassortire i suoi 20 geni. Il ricovero favorisce questa ricombinazione e quindi il contagio di altri pazienti. Bisogna considerare Covid-19 non come emergenza clinico-assistenziale, ma come emergenza di Sanità Pubblica. Meno ricoveri, massima adozione di misure per prevenire il contagio, più virologia e scienza di base. La risposta all'emergenza è stata sbagliata, si è perso troppo tempo. In Lombardia non si sono considerati subito i rischi che si correvano. La Lombardia ha fatto molti ricoveri, specie all'inizio dell'epidemia. Precisamente il 66% la Lombardia ed il 20% il Veneto. Il 66% è un dato altissimo per questa patologia che richiede nel 16% dei casi cure e nel 6% una intensività di cure. E in questo caso più ricoveri si fanno e più il contagio si estende, come avrebbe già dovuto insegnare l'epidemia di SARS nel 2002-2003. C'è stato un tasso di ricovero troppo alto rispetto al dovuto, un errore fatale, come dimostrano i numeri. Sappiamo che il virus ha una diffusione nosocomiale, Lodi ha avuto l'esempio del paziente zero da cui poi si è diffuso il contagio. La sanità lombarda voleva dimostrare la sua efficienza ed ha ospedalizzato più del dovuto. Altro dato oggettivo di riflessione è la letalità, che in Lombardia è arrivata al 14% mentre in Veneto si è tenuta al di sotto del 5%. Quindi ora basta: ricoveriamo il meno possibile, solo in caso di necessità. Ora la situazione è totalmente fuori controllo. Le soluzioni possibili adesso sono la creazione di ospedali dedicati oppure la separazione dei malati. So che è difficile, ma soltanto così potrà fermarsi il contagio. Ormai siamo costretti ad adottare misure ancora più drastiche. Come si ferma del resto quest'onda? Considerando che non abbiamo ancora farmaci specifici per curare dal Coronavirus, l'unico modo è lasciare i pazienti il più possibile a casa curandoli così. Sicuramente ha inciso che la sanità pubblica lombarda sia stata ridotta in favore di quella privata. In Veneto, invece, il sistema pubblico sta reggendo. Intervenga il ministro della Salute Roberto Speranza con una direttiva per tutti: si ricoverino i pazienti soltanto nei casi più gravi. In gioco non c'è la sanità di lombardi e veneti, ma di tutti. Il ministro e i presidenti di Regioni si uniformino, anzi tutta Europa si uniformi nelle decisioni.

Non vorrei permettermi di chiosare una persona dell'autorevolezza del Prof. Palù, ma a mio avviso si dovrebbe considerare che uno dei motivi per cui l'ospedalizzazione in Lombardia ha raggiunto tassi così elevati risiede probabilmente non in una scelta, ma in una necessità: la medicina territoriale in questa regione semplicemente non esiste. Saltata la prima linea di difesa, le altre sono crollate con effetto domino.

Abbiamo imparato qualche lezione? A Milano, alla vigilia della Fase 2, al Policlinico si prevedono aree separate per i pazienti Covid in **ciascun reparto**¹⁴. La presidente della Calabria che, grazie ai provvedimenti centrali, ha assistito al contenimento dei contagi nella sua regione, dispone in tutta autonomia l'apertura di bar e ristoranti e sostiene la propria ordinanza contro il parere governativo¹⁵. C'è da essere ottimisti?

Bibliografia

1. In: <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/lombardia-notizie/DettaglioNews/2020/02-febbraio/17-23/coronavirus-in-lombardia-tutti-gli-aggiornamenti-in-diretta>
2. In: Turin S. *Le mascherine servono agli infetti e non ai sani. Le più efficaci? Quelle con la sigla «FFP3»: la guida*. Corriere della Sera 25-04-2020

3. In: <https://www.lombardianotizie.online/coronavirus-casi-lombardia/>
4. In: https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/20_marzo_13/coronavirus-milano-chiude-l-ospedale-militare-baggio-alcuni-dipendenti-contagiati-6c52f46c-651b-11ea-ac89-181bb7c2e00e.shtml
5. In: https://www.ilcittadinomb.it/stories/Cronaca/coronavirus-lintervista-al-paziente-0-di-seregno-esperienza-terribile-sta_1348548_11/
6. In: <https://www.ilgiorno.it/monza-brianza/cronaca/coronavirus-morto-1.5061049->
7. Comunicazione personale, 15 aprile 2020.
8. In: <https://www.ilfattoquotidiano.it/in-edicola/edizione/sabato-21-marzo-2020/> , accesso del 24-03-2020
9. In: <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2020/03/DL-9-marzo-2020-GU.pdf>, accesso del 24-04-2020
10. In: <https://www.dire.it/14-04-2020/447005-lombardia-cento-sindaci-contro-dg-ats-e-galleria-solo-8-usca-su-65-cosi-impossibile-fermare-il-covid/>, accesso del 24-04-2020
11. In: https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=22073:sal7865_20cov&catid=6&Itemid=137, accesso del 24-04-2020
12. Porcaro C. *Il presidente del virologi europei: «La Lombardia ha sbagliato, troppi ricoveri in ospedale»*. 22-04-2020. In: https://www.quotidianodelsud.it/laltravocedellitalia/lintervista/saluteeassistenza/2020/03/22/il-presidente-del-virologi-europei-la-lombardia-ha-sbagliato-troppi-ricoveri-in-ospedale/?cli_action=1588054486.376, accesso del 24-04-2020
13. Amore A. *Covid-19, la lezione del modello Veneto spiegata dal prof. Palù*. 02-04-2020. In: <https://formiche.net/2020/04/veneto-coronavirus-modello-vaccino/> , accesso del 25-04-2020
14. Corriere della Sera Milano, 03-04-2020
15. Corriere della Sera, 03-04-2020

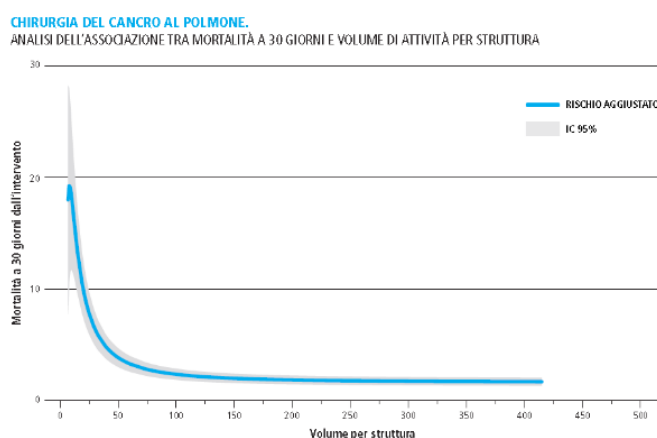
10. Appendici

A. Qualità delle Cure in Chirurgia Oncologica

Nel 2010 il Ministero della Salute licenziò il Quaderno n°3 sull'Appropriatezza Diagnostico-Terapeutica in Oncologia¹. Nel perimetro delle strutture che trattavano le malattie polmonari, dovevano ricomprendersi le Chirurgie Toraciche in sinergia con altre specialità, quali pneumologia, oncologia clinica, radioterapia ecc. Le strutture di Chirurgia Toracica, secondo il DM 70/2015², dovrebbero insistere negli ospedali di II livello. Nel Rapporto 2014 dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)³ si evidenziava che 52 strutture (non necessariamente di Chirurgia Toracica) avevano operato pazienti per tumore polmonare sul territorio lombardo. Solo 8/52 (15%) rispettavano i parametri di qualità e quantità di AGENAS. Questo accadeva anche per i tumori del colon e dello stomaco, dove rispettivamente solo 31/115 e 24/108 Strutture lombarde potevano considerarsi "promosse". Anche in questi casi da allora nulla è cambiato. Per quanto riguarda i tumori della mammella solo 18/119 strutture rispettavano i criteri minimi. Un recente *report*⁴ basato sui dati AGENAS evidenziava come strutture lombarde occupassero non solo i primi tre posti della classifica nazionale, ma anche gli ultimi tre, per quanto riguarda il rischio di re-intervento per tumore al seno.

Il poco riguardo nei confronti della salute pubblica da parte di Regione Lombardia si dimostra ancor più se si valutano le performance delle strutture che si dedicano alla Chirurgia Oncologica. Non solo in Cardiochirurgia il volume di attività influisce sulla mortalità operatoria, ma anche in Chirurgia Toracica, una delle specialità-cardine nel trattamento multidisciplinare dei tumori del polmone. Si veda l'analisi di AGENAS al riguardo². Ricordate? Solo il 15% delle strutture che si occupavano di chirurgia delle neoplasie polmonari in Lombardia superava i parametri-soglia di AGENAS.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI



I tumori polmonari si curano tuttavia, nella maggior parte dei casi, con trattamenti alternativi alla chirurgia. Lo sapevate che un cittadino romagnolo, privo dei centri di eccellenza che si possono vantare in Lombardia, ha maggior probabilità di sopravvivere a un tumore rispetto a uno lombardo?⁵ Tre centri di eccellenza lombardi non sono in grado di sollevare apprezzabilmente i risultati globali di un'intera regione. In questo ambito sono da anni "bocciate" la stragrande maggioranza delle strutture lombarde iscritte nei registri di AGENAS, eppure non succede nulla. Le "eccellenze" che Regione Lombardia può vantare sono null'altro che la foglia di fico utilizzata per coprire strutture che navigano agli ultimi posti del ranking nazionale. **Quanto costa tutto ciò?** Si potrebbero aprire molti altri filoni ...

Bibliografia

1. In: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1700_allegato.pdf, accesso del 10-04-2020
2. In: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=52074>, accesso del 20-04-2020
3. Corriere della Sera, Milano, 23-10-2014
4. https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/tumore-cancro-seno-mammografi-ospedali-da-evitare/4381eb90-e13d-11e9-a633-17aa10b50ecf-va.shtml?refresh_ce-cp, accesso del 20-04-2020
5. <https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/NC2019-operatori-web.pdf>, accesso del 23-04-2020

10. Appendici

B. I dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS)

Posso affermare, senza tema di smentita, che i dati di AGENAS che ho utilizzato fotografano situazioni persistenti al giorno d'oggi. Ma perché produco dati relativi ad anni non proprio recenti? Molto semplice: AGENAS non fornisce *open data*. La mia registrazione al sito, selezionata come medico, non è sufficiente per acquisire i dati grezzi, idonei per elaborazioni, ma solo i PDF dei report annuali. I dati possono essere raggiunti dai giornalisti su richiesta disciplinata. Saltuarie (rare) elaborazioni compaiono sui media. Riguardo l'accessibilità al "patrimonio" di AGENAS è molto istruttivo il racconto di un giornalista di Focus, l'unica rivista che ha avuto accesso alla banca dati e nel contempo ha pubblicato elaborazioni dettagliate negli anni 2012, 2013, 2014^{1,2,3}. Ho recuperato il documento del 2013 -che vi presento- dal mio archivio cartaceo, a dimostrazione che la mia paranoia sull'argomento "qualità delle cure" è datata. La pagina che avevo all'epoca stampata reca un incompleto indirizzo web, che non sono stato in grado di "resuscitare" dalla morte digitale.

21 marzo 2012. Guida agli ospedali italiani: come abbiamo ottenuto i dati

... Sono circa due anni che corteggiamo i dati del progetto PNE (piano nazionale esiti) del ministero della salute. Per prima cosa abbiamo fatto un'inchiesta pubblicata nell'aprile 2010 in modo da cominciare a mettere un piede dentro la porta. Avevamo poi mantenuto rapporti con tutte le fonti ... con i politici della commissione sanità, e con i docenti universitari che si occupano del tema. Nessuno dei politici ci aveva fornito alcunché e i più non mi avevano neppure risposto. Una delle fonti, un tecnico (ovviamente non posso citare di che regione), ci aveva invece fornito tutti i dati relativi al PNE del 2009, cioè i dati ... di tutti gli ospedali italiani ma, ci era stato detto, non erano solidissimi e piuttosto che dare informazioni poco sicure ci eravamo tenuto il malloppo in cartuccia. Inoltre sapevamo che due mesi dopo sarebbero usciti i dati del PNE 2010 e avevamo deciso che avremmo pubblicato quelli. E poi volevamo ottenere i dati via FOIA (Freedom of information act) per verificare la possibilità di accedere ai dati per conto dei cittadini, come promesso dalle nuove leggi. Il 23 dicembre dello scorso anno ... avevamo pertanto inviato ... una richiesta ufficiale all'Agenas ... perché ci fornisse ... i suddetti dati. La risposta ... rimandava al 27 marzo la chiusura del progetto e quindi anche i dati in epoca successiva ..., tra l'altro affermando che i dati non erano documenti e quindi non rientrano nel FOIA ... A tutte le nostre ripetute richieste di parlare con Perucci (Carlo, direttore scientifico del PNE, NdR) era stato opposto un fermo rifiuto ... Giovedì 15 marzo sul sito dell'Agenas, veniva pubblicato un comunicato stampa, in cui si afferma che i dati sono stati messi in chiaro per gli amministratori. Venerdì 16 marzo l'ufficio stampa del ministero della salute invitava una serie di testate ... ad un media training ... un solo escluso ... Focus. Contemporaneamente ricevevamo i dati del 2010 che elaboravamo ... e ... cominciavamo a pubblicare on line ... Contemporaneamente la casa editrice diramava un comunicato stampa ... a tutte le agenzie ... che nessuno riprendeva. La spiegazione ... (riferisce un collega giornalista presente all'incontro, NdR) «stamattina -durante una conferenza al ministero- abbiamo chiesto lumi a Moirano (Fulvio, direttore generale Agenas) ... sui numeri di Focus. Lui ha risposto che non sono corretti ... e addirittura passibili di denuncia.. !!!! Per questo li abbiamo ignorati. I dati ai giornalisti loro li danno ... insieme alla password di accesso ...» ... Il collega affermava che la notizia della pubblicazione dei dati ... di Focus non sarebbe stata lanciata nel timore di una smentita di Moirano... Qualche ora dopo, ci è arrivata una telefonata del portavoce del ministro, Alberto Bobbio che ci invitava al media training e anticipava una "precisazione", che non parla né di denunce e neppure smentisce i dati ... Bobbio ... si è assunto l'intera responsabilità degli inviti. E ha affermato ... di non aver sentito la frase incriminate (sic!) riportata dal collega. A chi credere ...?"

Bibliografia

1. Focus. Guida Salute. I Migliori Ospedali d'Italia, 2012
2. Focus. Guida Salute. I Migliori Ospedali, le Migliori ASL. 2013
3. Focus. Guida 2014. Salute, I migliori Ospedali. 2014
4. In: <http://blog.focus.it/spizzichi-smozzichi/2012/03/21/guida-agli-ospedali-italiani-come-abbiamo-ottenuto-i-dati> (non recuperabile il seguito dell'indirizzo), accesso del 06-03-2013.
- 5.

10. Appendici

C. Il Carteggio tra Federazione Regionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia (FROMCeO) e l'Assessore al Welfare di Regione Lombardia Gallera

Prodromi

11 marzo 2020

Epidemia da Coronavirus: Il comunicato della FROMCeO della Lombardia¹

La Federazione Regionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia esprime grave preoccupazione per l'evoluzione dell'epidemia da nuovo Coronavirus.

I dati dei contagiati esprimono quanto accertato tramite tampone, ma non considerano la reale diffusione dei contatti e neppure considerano numerosi i pazienti trattati a domicilio per polmonite interstiziale: le dimensioni del fenomeno sono purtroppo molto probabilmente più ampie.

L'utilizzo, specie sul territorio, di personale medico privo delle adeguate protezioni individuali ha sicuramente contribuito a diffondere il contagio, oltre a determinare gravissime conseguenze per la salute degli operatori.

Allo stato attuale delle cose, almeno per quanto riguarda tutto il territorio lombardo, l'unica scelta ragionevole è la chiusura immediata di tutte le attività considerate non essenziali per la gestione dell'epidemia in atto, ribadendo l'obbligo di trattenersi al proprio domicilio con la sola eccezione delle attività assolutamente necessarie e motivate.

Un grazie a tutti i medici e agli operatori sanitari, che, in questo momento di grave difficoltà, continuano a garantire quanto possibile con impegno, coraggio e resilienza, anche se poco supportati da un'organizzazione strategica purtroppo carente rispetto all'inaspettata estensione del problema.

Carteggio: Documento n° 1

6 aprile 2020

FROMCeO Lombardia scrive a Fontana, Gallera e ai dirigenti della sanità lombarda: «Evidente assenza di strategie nella gestione del territorio»²

Non è questo il momento dell'analisi delle **responsabilità**, ma la presa d'atto degli **errori occorsi nella prima fase dell'epidemia** può risultare utile alle autorità competenti per un aggiustamento dell'impostazione strategica, essenziale per affrontare le prossime e impegnative fasi.

Ricordiamo in generale come, a fronte di un ottimo intervento sul potenziamento delle terapie intensive e semi intensive, peraltro in larga misura reso possibile dall'impegno e dal sacrificio dei medici e degli altri professionisti sanitari, **sia risultata evidente l'assenza di strategie relative alla gestione del territorio.**

Ricordiamo, a titolo di esempio non esaustivo:

- 1) La mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia, legata all'esecuzione di tamponi solo ai pazienti ricoverati e alla diagnosi di morte attribuita solo ai deceduti in ospedale. I dati sono sempre stati presentati come "numero degli infetti" e come "numero dei deceduti" e la mortalità calcolata è quella relativa ai pazienti ricoverati, mentre il mondo si chiede le ragioni dell'alta mortalità registrata in Italia, senza rendersi conto che si tratta solo dell'errata impostazione della raccolta dati, che sottostima enormemente il numero dei malati e discretamente il numero dei deceduti.
- 2) L'incertezza nella chiusura di alcune aree a rischio
- 3) La gestione confusa della realtà delle RSA e dei centri diurni per anziani, che ha prodotto diffusione del contagio e un triste bilancio in termini di vite umane (nella sola provincia di Bergamo 600 morti su 6000 ospiti in un mese).

- 4) La mancata fornitura di protezioni individuali ai medici del territorio (MMG, PLS, CA e medici delle RSA) e al restante personale sanitario. Questo ha determinato la morte di numerosi colleghi, la malattia di numerosissimi di essi e la probabile e involontaria diffusione del contagio, specie nelle prime fasi dell'epidemia.
- 5) La pressoché totale assenza delle attività di igiene pubblica (isolamenti dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti, ecc...).
- 6) La mancata esecuzione dei tamponi agli operatori sanitari del territorio e in alcune realtà delle strutture ospedaliere pubbliche e private, con ulteriore rischio di diffusione del contagio.
- 7) Il mancato governo del territorio ha determinato la saturazione dei posti letto ospedalieri con la necessità di trattenere sul territorio pazienti che, in altre circostanze, avrebbero dovuto essere messi in sicurezza mediante ricovero.

La situazione disastrosa in cui si è venuta a trovare la nostra Regione, anche rispetto a realtà regionali viciniori, può essere in larga parte attribuita all'interpretazione della situazione solo nel senso di un'emergenza intensivologica, quando in realtà si trattava di un'emergenza di sanità pubblica. La sanità pubblica e la medicina territoriale sono state da molti anni trascurate e depotenziate nella nostra Regione.

La situazione al momento risulta difficile da recuperare, ma si vogliono riportare di seguito alcune indicazioni, che, a detta della scrivente Federazione, potrebbero, se attuate, contribuire alla limitazione dei danni, specie nel momento di una ripresa graduale delle attività, prevedibile nel medio-lungo termine. Per quanto riguarda gli operatori sanitari la proposta è di sottoporre tutti a test rapido immunologico, una volta ufficialmente validato, e, in caso di riscontro di presenza anticorpale (IgG e/o IgM), sottoporre il soggetto a tampone diagnostico. In caso di positività in assenza di sintomi potrebbe essere da valutare la possibilità, in casi estremi con l'attribuzione di specifiche responsabilità e procedure, di un'attività solo in ambiente COVID, sempre con protezioni individuali adeguate. Il test immunologico andrebbe ripetuto con periodicità da definire negli operatori sanitari risultati negativi.

Per quanto riguarda le attività non sanitarie sembra raccomandabile un'estesa effettuazione di test rapidi immunologici per discriminare i soggetti che non hanno avuto contatto con il virus, soggetti che si possono riavviare al lavoro. Per i soggetti nei quali si rileva la presenza di immunoglobuline (IgG o IgM) sembra indicata l'esecuzione del tampone diagnostico. In tal senso si raccomanda di potenziare al massimo tale attività diagnostica e di procedere prima ad indagare i soggetti che risultano urgente riammettere al lavoro, in quanto addetti ad attività ritenute di prioritario interesse, in funzione della disponibilità di tamponi. La ripresa del lavoro dovrebbe essere subordinata all'effettuazione del test immunologico rapido di screening, non risultando in letteratura alcun termine temporale valido per la quarantena post malattia, anche se decorsa in forma paucisintomatica.

E' evidente come tale procedura comporti un rilevante impiego di risorse, soprattutto umane, ed è altresì evidente come la stessa, al momento, sia l'unica atto a consentire la ripresa dell'attività lavorativa in relativa sicurezza. A tale scopo Regione Lombardia dovrà mettere in campo tutte le risorse umane ed economiche disponibili. Naturalmente quanto sopra dovrà essere accompagnato dall'uso costante, per tutta la popolazione e in particolare nei luoghi di lavoro, di idonei comportamenti e protezioni. La ripresa potrà quindi essere solo graduale, prudente e con tempi dettati dalla necessità di mettere in campo le risorse sopracitate. E' superfluo segnalare come qualsiasi imprudenza potrebbe determinare un disastro di proporzioni difficili da immaginare e come le misure di isolamento sociale siano da potenziare e applicare con assoluto rigore.

Da ultimo, la FROMCeO lombarda ha preso in considerazione la questione, sollevata da molti colleghi, della mancanza di protocolli di terapia sul territorio. Il problema è stato in gran parte determinato anche dalla esigenza di trattare a domicilio pazienti che ordinariamente sarebbero stati inviati in ospedale, ma che non hanno potuto essere accolti per saturazione dei posti letto. FROMCeO raccomanda ai colleghi di non affidarsi a protocolli estemporanei non validati e ad attenersi alle indicazioni di AIFA e di Regione, utilizzando la massima cautela. Nell'esprimere le considerazioni di cui sopra, FROMCeO ritiene di svolgere le proprie funzioni di organo sussidiario dello Stato ed esprime disponibilità ad un confronto costante con le Istituzioni preposte alla gestione dell'emergenza. Spiace rimarcare come tale collaborazione, più volte offerta, non sia ad oggi stata presa in considerazione.

Carteggio: Documento n° 2

8 Aprile 2020

Coronavirus, Gallera risponde a Federazione Ordini Medici: sorprendono affermazioni su operato Regione³

“Siamo un sistema unico anche in situazione di emergenza”. Il grazie della Lombardia a tutti i medici

“Mi ha molto stupito, oltre che amareggiato, la nota che abbiamo ricevuto dalla Federazione degli Ordini dei Medici (FROMCeO) della Lombardia che **assomiglia più ad un atto politico che ad una reale rappresentazione dei fatti**”.

Inizia così la lettera di risposta dell'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Giulio Gallera, a quella ricevuta, sul coronavirus, dal presidente della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Gianluigi Spata, di cui riportiamo alcuni passaggi.

Massimo apprezzamento

“Confermo il massimo apprezzamento per tutti gli operatori sanitari lombardi per l'abnegazione e l'umanità con cui stanno affrontando questo terribile momento – scrive Gallera – e confido che si possano abbandonare gli atteggiamenti accusatori”.

Esecuzione dei tamponi

Entrando nel merito delle richieste dei medici l'assessore precisa: “Per quanto riguarda l'esecuzione dei tamponi ai soli pazienti ricoverati, ricordo che nelle fasi iniziali dell'epidemia i tamponi sono stati eseguiti anche ai contatti stretti di casi asintomatici. Successivamente il Ministero della Salute, con circolare del 27 febbraio 2020 ha modificato le linee guida, **raccomandando l'effettuazione del test ai soli sintomatici (Come nel caso di tutti i componenti della Giunta Regionale NdR)**. In ogni caso, è stata sempre tenuta alta l'attenzione sull'isolamento dei soggetti interessati, sia sintomatici, sia contatti stretti di caso”.

Medici di Medicina Generale

“Un'attenzione – continua la missiva – affidata al monitoraggio del Medico di Medicina Generale, il cui ruolo, fondamentale, abbiamo evidenziato con una nota della Direzione Generale Welfare, il 3 marzo”.

“In merito alla ‘incertezza nella chiusura di alcune aree a rischio’ – si legge ancora – è noto il rigore costantemente professato dalla Regione Lombardia **(Come nel caso del PS dell'Ospedale di Alzano L., NdR)**, in primis, dal presidente Fontana che era stato più volte ingiustamente accusato di aver isolato l'Italia e di aver creato un clima di terrore. Proprio su nostra proposta, il ministro della Salute adottò, d'intesa con il nostro presidente, l'ordinanza del 23 febbraio 2020 che istituiva la ‘zona rossa’ in dieci comuni del basso lodigiano. E in data 3 marzo 2020, su nostra indicazione, il Comitato Tecnico Scientifico nazionale ha proposto al Governo l'istituzione di una zona rossa nei comuni di Alzano e Nembro, proposta che non è stata dal Governo accolta nella sua formulazione originaria.

Tuttavia, in data 8 marzo su forte ed esplicita insistenza della Regione Lombardia, il Governo ha imposto a tutte le persone fisiche di ‘evitare ogni spostamento’ con apposito DPCM”.

Attenzione agli anziani e ai soggetti fragili

“Abbiamo sempre prestato l'attenzione – prosegue la lettera – nei confronti dei soggetti anziani e fragili e **delle strutture che li ospitano, fornendo precise indicazioni**, sulle quali è stata svolta la vigilanza da parte delle ATS, come ad esempio il divieto di ingresso dei parenti (se non in caso di assoluta necessità e previa verifica delle condizioni di salute).

Inoltre, sono state sempre prescritte idonee misure di isolamento dei pazienti covid positivi, con l'ovvia ed espressa possibilità, per i soggetti gestori, di adottare ogni provvedimento utile ad arginare il contagio, comunicandolo alla ATS di riferimento”.

L'auspicio

“Mi auguro che, d'ora in avanti – conclude Gallera – si possa davvero lavorare insieme e che le accuse gratuite lascino il passo ad una collaborazione costruttiva e propositiva, che è quanto ci si attende da chi rappresenta migliaia di medici ai quali va, ancora una volta, il nostro ‘Grazie!’”.

Carteggio: Documento n° 3**9 aprile 2020**Da FROMCeO a Gallera⁴

Ill.mo Avv. Gallera,

abbiamo preso visione della risposta, da lei inviata al dr. Gianluigi Spata, presidente di FROMCeO Lombardia, alla nota del 6 aprile 2020.

Riteniamo che l'emotività del momento e lo stressante impegno, a cui tutti siamo sottoposti, l'abbia portata a confondere i contenuti di tale comunicazione, che intendevano in premessa analizzare le criticità che si sono riscontrate sul campo in modo oggettivo ed inoppugnabile nella prima fase della gestione dell'epidemia, con accuse rivolte alla Sua persona o a Regione Lombardia.

La critica, questa sì, mossa alla Regione è unicamente quella relativa soprattutto al depotenziamento della sanità pubblica e della medicina generale, depotenziamento che purtroppo ha avuto una incidenza negativa diretta sulle capacità di affrontare l'attuale epidemia; questo tipo di censura, concorderà anche Lei, è certamente annoverabile tra le valutazioni di nostra specifica competenza.

Riteniamo pertanto superfluo che Lei porti a Sua non richiesta giustificazione una serie di circolari e di atti formali, molti dei quali comunque tardivi; lo scopo della nostra lettera era quello di scrivere nero su bianco le criticità oggettive che, sul territorio, i cittadini e gli operatori hanno percepito e subito e che, purtroppo, l'elenco di circolari da Lei fatto non è in grado di scalfire in alcun modo. Le criticità da noi sottolineate, sfortunatamente, sono sotto gli occhi di tutti.

Il nostro intento è quello di promuovere una revisione critica degli errori e dei quasi-errori e non la caccia alle responsabilità; questo processo di analisi, ancorché profondamente spiacevole, è necessario soprattutto nella gestione delle emergenze poiché aumenta sensibilmente la possibilità di evitare in futuro di essere colti impreparati e di incorrere in danni altrimenti evitabili.

In tal senso andava letta la comunicazione della FROMCeO, nella quale riteniamo rilevante e ribadiamo l'offerta di collaborazione, in qualità di organo sussidiario dello Stato, per la gestione della seconda fase dell'emergenza.

In tutta questa prima fase la collaborazione, in concreto, di chi rappresenta la professione direttamente impegnata sul campo non è mai stata accettata, nonostante sia stata offerta. Il non essere ascoltati non fa venir meno i nostri doveri anzi ci impone di essere ancor più fermi nello svolgimento delle nostre funzioni; la lettera che Le è stata inviata è la diretta conseguenza di questo dovere mentre il rifiuto della collaborazione ne è la ragione eziologica.

Anche questo aspetto, forse, avremmo dovuto elencare negli errori.

Nonostante tutto comprendiamo come l'intenso impegno personale da Lei profuso in questa emergenza possa portare a stanchezza ed a malintesi, succede anche a noi, ma ci sentiamo tuttavia di invitarLa nuovamente a instaurare una leale e fattiva collaborazione istituzionale con la professione medica, nell'interesse di tutti i cittadini della nostra martoriata Regione.

Nell'attesa che venga avviato a strettissimo giro un canale operativo di collaborazione porgiamo distinti saluti

I presidenti degli ordini provinciali della Regione Lombardia (FROMCeO)

Bibliografia

1. In: https://www.ordinemedici.brescia.it/archivio10_notizie-e-comunicati_0_1846.html , accesso del 30-04-202
2. In: <https://www.sanitainformazione.it/salute/coronavirus-fromceo-lombardia-scrive-a-fontana-evidente-assenza-di-strategie-nella-gestione-del-territorio/> , accesso del 30-04-202
3. In: <https://www.lombardianotizie.online/fromceo/>, accesso del 30-04-202
4. In: https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/04/09_04Lettera-Covid19_-Avv.-Gallera_09042020-signed.pdf, accesso del 30-04-202