

La disomogenea gestione dell'epidemia in Europa sfalserà i tempi con grave rischio per l'Italia

Attenzione al virus di ritorno

Non è ammissibile questo caos tra Stato e Regioni

DI CARLO VALENTINI

Nino Cartabellotta è un medico chirurgo, a capo di Gimbe, fondazione che si occupa di organizzazione sanitaria, analizza i costi, le modalità di gestione ed è impegnata in corsi di formazione con l'intento di migliorare il funzionamento della macchina sanitaria.

Il suo giudizio sull'impatto del coronavirus sul servizio sanitario nazionale è severo: «I numeri dimostrano che abbiamo pagato caro il prezzo dell'impreparazione organizzativa e gestionale all'emergenza: dall'assenza di raccomandazioni nazionali a protocolli locali assenti o improvvisati, dalle difficoltà di approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale alla mancata esecuzione sistematica dei tamponi agli operatori sanitari, dalla mancata formazione dei professionisti sanitari all'informazione alla popolazione. Inoltre le decisioni politiche hanno «inseguito» i numeri del giorno senza tenere conto che essi si riferivano a decisioni prese tre settimane prima. È inspiegabile che il «Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale» predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 non sia stato ripreso e aggiornato dopo la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, lo scorso 31 gennaio. Le istruzioni c'erano tutte... Così il virus, più veloce della politica e della burocrazia, ha avuto dinanzi a sé una prateria

Domanda. Perché chi lavora in ambito sanitario sta pagando un prezzo così alto?

Risposta. Oltre 10mila professionisti sanitari hanno contratto un'infezione da coronavirus, ovvero il 9% dei casi totali in Italia, percentuale più che doppia rispetto a quanto è avvenuto in Cina. È evidente che la protezione degli operatori in prima linea a combattere l'emergenza è stata finora fortemente inadeguata. Una situazione allarmante per due ragioni: da un lato se si ammalano medici, infermieri e altri professionisti e operatori, sia in ospedale che sul territorio, il servizio sanitario non può assicurare l'assistenza alla popolazione, dall'altro i professionisti sanitari contagiati rischiano di veicolare l'infezione ai pazienti, in particolare a quelli fragili e affetti da altre patologie, bersaglio prediletto per il Covid-19, peggiorando il quadro clinico e aumentando la mortalità. Occorre rifornire urgentemente le strutture sanitarie di tutti i dispositivi di protezione individuali secondo

la logica del whatever it takes (qualunque cosa serva): se vogliamo vincere questa guerra è fondamentale prendersi cura di chi si prende cura. In tal senso debbono essere modificate le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità per la protezione degli operatori sanitari. Lo abbiamo sollecitato, avanzando anche proposte al riguardo.

È inspiegabile che il «Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale» predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 non sia stato ripreso e aggiornato dopo la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, lo scorso 31 gennaio. Le istruzioni c'erano tutte... Così il virus, più veloce della politica e della burocrazia, ha avuto dinanzi a sé una prateria

D. Come mai l'epidemia in Italia è così grave, soprattutto per numero di vittime, rispetto al resto del mondo?

R. Bisogna fare attenzione ai dati. Se li leggiamo criticamente è vero che la gravità della malattia risulta molto più severa di quella cinese: infatti, lo studio condotto sulla coorte cinese e pubblicato sulla rivista *Jama* (*Journal of American Medical Association*) riporta 44.415 casi confermati di cui 81% lievi, 14% severi (ospedalizzati) e 5% critici (in terapia intensiva), con un tasso grezzo di letalità del 2,3%. Se guardiamo all'Italia bisogna considerare che i tamponi vengono effettuati prevalentemente sui soggetti sintomatici, quindi la gravità del Covid-19 è ampiamente sovrastimata perché vediamo solo una parte dell'iceberg. Assumendo una distribuzione di gravità della malattia sovrapponibile a quella cinese abbiamo

stimato che la parte sommersa dell'iceberg contenga circa 168 mila casi lievi/asintomatici non identificati. Includendoli nel denominatore la casistica italiana si «ricompon» ridimensionando gravità e letalità. In ogni caso dobbiamo essere consapevoli che esistono un numero enorme di casi non identificati per i quali l'unica misura efficace è il distanziamento sociale messo in campo dalle autorità. Infine vi è da sottolineare che in Lombardia, il tasso di letalità è doppio (17%) rispetto alle altre regioni (8,5%) non perché lì circola un virus più letale ma per il sovraccarico degli ospedali e in particolare delle terapie intensive.

D. Però i tecnici sono in disaccordo su come intervenire sugli asintomatici...

R. Più che di asintomatici è opportuno parlare di casi non noti, in prevalenza con sintomi simil-influenzali e solo in minima parte asintomatici. In generale, la strategia dei «tamponi a tappeto», intesa come screening di popolazione, non ha alcun senso per tre ragioni: innanzitutto non è fattibile in quanto i laboratori possono processare solo un numero limitato di tamponi/die, in secondo luogo non è costo-efficace perché non esiste una relazione lineare tra i tamponi effettuati e i casi identificati, infine siamo in una fase della diffusione dell'epidemia talmente avanzata che non avrebbe alcun impatto nel prevenire l'ulteriore diffusione del contagio. I tamponi vanno effettuati, oltre che ai sogget-

ti sintomatici e ai contatti di soggetti positivi, agli operatori sanitari, grandi e inconsapevoli protagonisti della diffusione del virus. Sono già arrivati test che misurano gli anticorpi, ma la loro affidabilità per identificare i casi non noti è ancora incerta perché ci sono pochi studi.

D. È davvero utile la corsa, un po' affannosa, all'assunzione di nuovo personale sanitario?

R. Si tratta di provvedimenti d'emergenza per supplire alla carenza di medici e infermieri, che però intanto non riusciamo a proteggere adeguatamente. Quando si tornerà alla normalità la politica dovrà decidere, una volta per tutte, se rilanciare adeguatamente la sanità pubblica oppure prendersi la responsabilità di privatizzarla in maniera esplicita.

D. Le Regioni sono andate, e vanno, in ordine sparso e spesso in lite con le autorità centrali. C'è qualcosa da rivedere in sanità nel rapporto tra Stato e Regioni?

R. In sanità quella leale collaborazione tra governo e Regioni, a cui l'art. 32 della Costituzione affida la tutela della nostra salute, è uno scottante tema politico sul quale i vari esecutivi hanno abdicato o cercato soluzioni improbabili, determinando non poca confusione. Il diritto alla tutela della salute delle persone è stato infatti catapultato dalla riforma dell'art. 117 della Costituzione (che con l'eliminazione della legislazione concorrente e la restituzione allo Stato di alcuni poteri esclusivi avrebbe dovuto porre fine alle disegualità regionali) alla contagiosa diffusione, in attuazione dell'art. 116, del virus del regionalismo differenziato. La situa-

zione di emergenza sanitaria ha dimostrato le innumerevoli differenze territoriali nella gestione dell'assistenza ai pazienti e questo è certamente un fattore assai negativo. Si tratta di un caos inammissibile, pagato sia dal personale sanitario che dai pazienti. C'erano (e ci sono) gli estremi per applicare l'art. 120 della Costituzione ove si prevede espressamente che il governo possa sostituirsi alle Regioni in caso di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica.

D. Cosa dobbiamo aspettarci quando i contagi incominceranno significativamente a diminuire?

R. Al quesito «quando finirà?», purtroppo è impossibile rispondere perché la validità dei modelli predittivi è influenzata da fattori imprevedibili soprattutto a causa della diffusione asincrona del coronavirus tra le varie regioni italiane e tra i vari Paesi e l'assenza di un piano pandemico unico in Europa, dove i singoli Paesi stanno adottando differenti modalità di gestione dell'epidemia. Con questo approccio frammentato si rischia di vanificare le misure draconiane messe in atto da alcuni Paesi (in primis l'Italia), a causa degli inevitabili «casi di rientro», in secondo luogo i picchi dell'epidemia avverranno in tempi diversi tra i vari Paesi e le conseguenze saranno legate all'efficacia dei vari sistemi sanitari, infine sarà molto più difficile predisporre misure straordinarie per fronteggiare la recessione economica se i Paesi del G7 e del G20 si troveranno disallineati nella gestione dell'epidemia e delle sue conseguenze sui mercati finanziari.

Twitter: @cavalent

© Riproduzione riservata

E DA ALLORA LE LINEE GUIDA PER IL CONTENIMENTO DI UN VIRUS NON SONO STATE PIÙ AGGIORNATE

In Sicilia il piano pandemie è fermo al 2009

Contiene tutte le misure preventive e dovrebbe essere rivisto ogni 3 anni

DI GAETANO COSTA

La Sicilia ha un piano. Con azioni preventive e di contrasto a un eventuale pandemia. Il protocollo prevede la costituzione di un comitato che comprenda il sistema regionale della protezione civile, l'agenzia per le attività di informazione degli organi di governo della Regione e l'ufficio della sanità marittima, aerea e di frontiera. Il problema è che le misure sono ferme al 2009. E da allora non sono state più aggiornate.

Il piano per le pandemie, che dovrebbe essere rivisto ogni tre anni, è stato pubblicato il 28 agosto del 2009 sulla Gazzetta ufficiale della Regione Sicilia numero 40. E si basa sull'analogo piano nazionale approvato dalla conferenza Stato-Regioni il 9 febbraio del 2006. La firma è dell'assessore alla Sanità dell'epoca, Massimo Russo, esponente della giunta

del governatore autonomista Raffaele Lombardo, in carica dal 2008 al 2012.

Da allora si sono succeduti altri due presidenti: il dem Rosario Crocetta, sino al 2017, e l'attuale governatore Nello Musumeci, che oggi è in prima linea per contenere l'epidemia del coronavirus nell'isola. Nessuno avrebbe potuto prevedere un'emergenza globale come quella legata al Covid-19. Ma fatto sta che il protocollo della Sicilia è vecchio di 11 anni. «Occorre pianificare e uniformare nel territorio della Regione Sicilia gli interventi di profilassi e assistenziali, rispettivamente verso la popolazione esposta al contagio da virus influenzali e verso i soggetti a rischio o affetti da tale infezione virale», si legge nel documento pubblicato in parte dal quotidiano La Sicilia e ancora disponibile sul portale della Regione.

Il piano indica una serie di punti specifici per affrontare la possibile emergenza. «Identificare, confermare e

descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia». E ancora: «Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi. Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del piano sono: migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica e attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profilassi con antivirali, vaccinazione).

Non manca il capitolo riservato ai dispositivi di sicurezza individuali. Come le mascherine, che oggi in Sicilia scarseggiano. «Ogni azienda sanitaria», si legge ancora nel piano, «deve stimare il fabbisogno di Dpi attraverso il censimento degli operatori sanitari per singolo presidio». Tutte misure valide. Ma un po' troppo datate.

© Riproduzione riservata