

## Il Covid-19 e la sanità piemontese: sfide e opportunità

### *Alcune riflessioni intorno al "caso Piemonte"*

di Mauro Salizzoni

Sebbene la pandemia si sia manifestata una settimana dopo il Veneto e la Lombardia, il Piemonte non è riuscito ad agire da subito per contenere i contagi e per gestire i malati, ritrovandosi all'improvviso ad essere il fanalino di coda dell'emergenza sanitaria da Covid-19. In Lombardia e in Veneto il picco è stato raggiunto nella settimana tra 21-27 marzo, in Piemonte tre settimane dopo (11-17 aprile). I dati dicono che tra la fine di aprile e gli inizi del mese di maggio del 2020 il Piemonte è risultata essere la Regione con la maggior crescita di contagi, nello Stato con più morti al mondo per Covid-19.

Inutile negare l'esistenza di un *caso Piemonte*. Il primato in fatto di decessi e di positivi è lì a dirci che qualcosa non ha funzionato, e non serve né minimizzare né rimpallarsi le colpe politiche e amministrative. Quello che serve è capire perché in Piemonte nella 'prima ondata' il virus ha colpito più forte. La vicinanza geografica con i focolai lombardi? Il fattore anagrafico che ci vede tra i territori più 'anziani' in Italia? I ritardi nei tamponi? La mancanza di un adeguato sistema informativo per la raccolta dei dati? Le difficoltà negli approvvigionamenti dei dispositivi di protezione individuale (Dpi) e degli strumenti per la diagnosi e la cura, dai ventilatori alle mascherine ai reagenti? L'incapacità di mantenere in sicurezza le strutture di comunità, come le case di riposo (RSA), dove gli ospiti sono stati contagiati dai pazienti che rientravano dagli ospedali o dal personale? La frammentazione della catena di comando, con troppi soggetti a sovrapporsi (assessorato, unità di crisi, comitato scientifico, task force), confusione di ruoli e marginalizzazione dell'assemblea regionale?

Tutti fattori che hanno svolto un ruolo. Ma bastano a spiegare? O forse ha inciso in modo determinante l'aver "ospedalizzato" l'emergenza sanitaria, senza essere riusciti a far sì che il "territorio" funzionasse come prima linea e argine, con i medici di famiglia (MMG) lasciati soli nella gestione dei malati, costretti a segnalare i

pazienti positivi a mail che non venivano lette dai servizi che avrebbero dovuto supportarli, persone abbandonate nell'isolamento delle loro case senza tamponi né assistenza, Unità di continuità assistenziale (Usca) attivate tardi e con poco personale.

Purtroppo, la Regione Piemonte ha preso a modello la Lombardia, anziché il Veneto, e solo in un secondo tempo ha creato una task force, presieduta dall'ex ministro Ferruccio Fazio, per migliorare la capacità di affrontare l'emergenza. Se la pandemia ha messo in luce i punti di forza e di debolezza della sanità piemontese (e il principale punto di forza sta nei medici e negli infermieri che si sono dimostrati capaci di reggere la fase acuta dell'emergenza pur lavorando in strutture vetuste e inadeguate), il Covid-19 rappresenta un'occasione per rivedere il sistema sanitario regionale, una sfida che può essere vinta solo con un'assunzione di responsabilità da parte delle forze politiche, che devono dimostrare di voler e saper aggredire i nodi strutturali finora irrisolti, evitando la tentazione di cercare alibi o attenuanti generiche in una situazione certamente difficile, complessa e inedita, seppur solo in parte imprevedibile.

#### **Criticità nei tamponi, nel contact tracing e nella gestione dei positivi**

Il primo fattore di criticità nella risposta della sanità piemontese è certamente costituito dai ritardi nella diagnosi dei casi e nel numero insufficiente di tamponi.

Il sud-Italia, il Veneto e la Toscana hanno fatto più di 10 tamponi per ogni contagiato, mentre il Piemonte ne ha fatti 3,7. Quando nella terza settimana di aprile 2020 il numero dei tamponi è aumentato significativamente, circa un terzo sono serviti per verificare chi è guarito a scapito di chi è positivo e magari asintomatico. Nella settimana dal 15 al 22 aprile, il Piemonte ha effettuato 35.900 tamponi. Di questi, si stima che

i tamponi effettivamente refertati per attività di diagnostica, di tracciamento, contatti e prevenzione su categorie a rischio (incluse le RSA) siano stati 22.100 (il 62% del totale), mentre 13.800 (il 38%) sono stati utilizzati per certificare guarigioni o, addirittura, sono andati perduti. Nella settimana successiva, i tamponi effettuati sono aumentati, arrivando a 38.500 unità. Tuttavia, quelli “effettivi” sono diminuiti sia in numero sia in percentuale - vale a dire 20.600 tamponi pari al 53% del totale - e quelli refertati per accertare guarigioni o andati perduti sono arrivati a 18.000 (il 47%).

I notevoli ritardi nell’analisi dei tamponi e l’elevato numero dei tamponi andati persi rappresentano fatti gravi, che hanno compromesso l’efficacia dell’attività di tracciamento, eppure solo un tracciamento efficace ci può mettere nelle condizioni di capire le reali dimensioni del contagio, il numero dei soggetti positivi liberi di muoversi, e ridurre così l’ospedalizzazione dei pazienti. Per questo è fondamentale aumentare i tamponi “effettivi” e ottimizzare l’impiego di quelli disponibili.

Più tamponi, non generalizzati ma selettivi, concentrandoci sulla ricerca dei nuovi contagiati e dei positivi asintomatici, evitando di dare solo priorità alle stesse persone per certificarne la negativizzazione. Inoltre, tamponi specifici ovvero a determinate categorie di lavoratori, quelli maggiormente a contatto con il pubblico.

Per mesi siamo stati costretti a inseguire il nuovo Coronavirus, ora si tratta di sorvegliarne l’evoluzione, aggredendolo e anticipandolo, così da interrompere sul nascere le catene di contagio e isolare i nuovi focolai epidemici. Per riuscire in questo, la principale arma per il contrasto è data dal “contact tracing”, come dimostrato dai Paesi che sono riusciti a gestire la pandemia nel modo più efficace, dalla Germania a Taiwan e Corea del Sud.

In Piemonte abbiamo anche pagato criticità risalenti nel tempo, basti pensare che i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL piemontesi non hanno ancora, al termine del 2020, un sistema informativo regionale per la gestione delle malattie infettive. Anziché definire una strategia per il futuro, si è sempre preferito ricorrere ad applicativi di fortuna per la gestione di questa o di quell’altra emergenza, è così è stato anche per

il Covid. La task force regionale ha dato indicazioni per l’impostazione di un sistema informativo (piattaforma Covid-19 Regione Piemonte) con una migliore modalità di gestione e analisi dei dati epidemiologici, consentendo il monitoraggio quotidiano dell’andamento dell’epidemia sul territorio regionale, la definizione di soglie di rischio prestabilite e l’adozione di interventi immediati in caso di superamento di dette soglie.

Ma, come ben ricorda il prof. Paolo Vineis (epidemiologo dell’Imperial College, e già consulente della Regione Piemonte), occorre che tutto il sistema sanitario sia in grado di gestire a regime i casi di nuovi contagi, in modo da evitare che il virus possa riprendere a diffondersi oltre la soglia ritenuta ammissibile, applicando il metodo cosiddetto delle 3T (Testare, tracciare, trattare) per individuare fin da subito i “casi sospetti”, in base ai sintomi e ai contatti, e tenere così sotto controllo i focolai.

Per garantire il tracciamento precoce si è istituita una rete basata sulla collaborazione di medici di medicina generale (MMG), USCA (Unità Speciali per la Continuità Assistenziale), infermieri domiciliari e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle ASL. Per ogni caso ‘sospetto’ segnalato dai MMG si provvede a individuare i contatti più stretti, segnalarli tramite il sistema informativo, effettuare subito il tampone, mettere in isolamento il soggetto positivo e “tamponare” i conviventi, effettuare un’indagine epidemiologica per ricostruire la catena del contagio così da individuare cluster geografici o temporali oltre alla cerchia familiare (luoghi di lavoro, mezzi di trasporto, tempo libero).

Ogni caso confermato dovrebbe poi essere isolato a casa o in strutture adeguate (per esempio i Covid Hotel) per il periodo di “quarantena”. I soggetti sintomatici in attesa di un test devono essere posti in isolamento fino all’arrivo dei risultati. Le stesse misure dovrebbero essere prese per i loro contatti stretti.

Coloro che non possono passare la “quarantena” a casa, perché rischierebbero di infettare i familiari, devono essere isolati in apposite strutture, che possono essere anche quelle alberghiere, se asintomatici, altrimenti devono essere assistiti in Covid Hospital. Chi, invece, può affrontare l’isolamento domiciliare, deve essere

monitorato in modo costante dalle Usca, con la garanzia che siano seguiti modelli omogenei di assistenza e terapia domiciliare in tutte le 12 Asl piemontesi. Interessante, poi, l'esperienza della Germania con i "taxi della corona": medici e infermieri equipaggiati con indumenti protettivi, che raggiungono in auto al loro domicilio i pazienti da controllare.

Il "contact tracing" è tanto più importante se si vogliono restituire ospedali e ambulatori ai malati "normali". Ci sono persone che durante il lockdown e anche nei mesi successivi non si sono recate alle visite e ai controlli per paura di contagiarsi. Il Coronavirus non ha eliminato, infarti, ictus e tumori, per questo è prioritario dividere nettamente i pazienti Covid dai non Covid. Quindi, occorre individuare strutture apposite e Covid Hospital, in modo tale che tutti gli altri ospedali e ambulatori, free Covid, possano tornare a concentrarsi sulle terapie ordinarie e riprendere l'attività chirurgica. Le strutture ambulatoriali pubbliche e accreditate devono essere in grado di seguire i malati oncologici, ematologici e cronici, che vedono peggiorare le loro condizioni a causa dei ritardi nei percorsi di follow up.

Bisogna fare tutto il possibile per tenere il virus fuori dagli ospedali dedicati alle terapie mediche e chirurgiche di alta complessità. I Dea di II livello devono essere zone santuario, perché medicina d'urgenza e cardiovascolare, oncologie ed ematologie, cardiocirurgie e unità coronariche, neurochirurgie, trapianti, ecc. non possono sospendere né rallentare l'attività. Se si continua a trasformare sale operatorie in reparti Covid, non solo si sospenderanno le visite specialistiche e degli esami diagnostici non urgenti nonché gli interventi chirurgici differibili ma si arriverà a dover rinviare anche gli interventi chirurgici più importanti, e sarà sempre più difficile gestire le emergenze.

La Regione Piemonte aveva allestito un Covid Hospital presso le OGR (Officine Grandi Riparazioni), grande area ex industriale da qualche tempo convertita in polo artistico-culturale, e nel nuovo ospedale di Verduno, nelle Langhe. Ma il Covid Hospital alle OGR è stato disallestito nel mese di settembre, optando per la creazione di un nuovo Covid Hospital presso l'ex ospedale Oftalmico. Scelta che lascia perplessi,

poiché si potevano valutare altre opzioni, magari utilizzando strutture sanitarie dismesse di recente e che non necessitano di costosi e impegnativi interventi di recupero.

### **Realizzare il Parco della salute e ridisegnare la rete ospedaliera e territoriale**

L'infettivologo Qiu Yunqing, capo della delegazione di medici cinesi giunti in Italia, in un'intervista a *Repubblica* ha indicato tra i limiti della nostra risposta alla pandemia anche il fatto che le nostre strutture di degenza sono "vecchie". Le Molinette (ovvero il San Giovanni Battista che fa parte dell'AOU Città della Salute di Torino) ancora una volta hanno retto, grazie all'abnegazione di chi si sacrifica ogni giorno in stanze che cadono a pezzi. Così i meritati elogi dell'ospedale per le malattie infettive Amedeo di Savoia non possono farci dimenticare che l'eccellenza sta in chi ci lavora e non in decrepite mura che risalgono al 1900, tanto che entrando nei padiglioni ti aspetti di incontrare le suore con la cornetta a coprire loro il capo.

Torino deve ripensare il suo "futuro prossimo" partendo dalla sanità, dalla ricerca, dall'innovazione. Lo hanno fatto a Pittsburgh, una città riprogettata partendo dalla salute, lo si può fare a Torino.

La vera sfida è costruire nuovi e moderni ospedali, efficienti e non energivori, dove gli operatori lavorino in sicurezza e non in corridoi e sale fatiscenti. Ospedali che concentrino le alte complessità, dotati di attrezzature di ultima generazione, dove si fa anche ricerca medica e tecnologica. Una sfida sanitaria e al contempo economica. C'è ancora chi pensa che il futuro *Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione* (PSRI) sia una sorta di "Molinette 2", ovvero un nuovo ospedale in sostituzione di quello attuale. Invece il PSRI, oltre alla parte strettamente ospedaliera, e alla ricerca in ambito medico, sarà anche un polo finalizzato all'attrazione di imprese disposte a collaborare con i settori più avanzati della nostra regione: oncologia, neuroscienze, trapianti e medicina rigenerativa, cardiovascolare e endocrino-metabolico, chirurgia robotica e miniminvasiva (come da DGR 16-8442 del 22 febbraio 2019). L'aver perduto nel 2019 i 60 milioni di risorse nazionali del Fondo Sviluppo e Coesione, dedicati proprio ai progetti di collaborazione tra

imprese e centri di ricerca su questi temi, rappresenta un ritardo non certo giustificato dall'emergenza Covid.

Il PSRI sarà un'infrastruttura strategica, che farà da volano favorendo la ripartenza economica del Piemonte, consentendoci, insieme alla Città della Salute di Novara, di collaborare e competere con l'Human Technopole lombardo. Ma soprattutto, il PSRI rappresenterà un'imperdibile opportunità per il rilancio urbanistico (rivoluzionando l'intera area Sud della città), nonché l'occasione per ridisegnare la rete sanitaria ospedaliera e territoriale. Per questo bisogna evitare ulteriori ritardi, procedere con il dialogo competitivo e con le bonifiche dell'area ex Fiat Avio, realizzando il Parco con tempistiche "europee". Un passo in avanti è stato fatto con l'istituzione della cabina di monitoraggio, che ha il compito di individuare e proporre strategie di sviluppo complessivo in relazione non solo al sistema sanitario e ospedaliero, ma anche a quello della formazione universitaria, della ricerca e delle attività produttive ed economiche. Oltre a ciò ha anche il compito di verificare e monitorare le fasi di gara e di realizzazione del PSRI, prevenendo criticità o proponendo soluzioni alla stazione appaltante per il loro superamento.

Oltre al PSRI, occorrerebbe potenziare l'ospedale San Giovanni Bosco (Dea di II livello), affinché anche Torino Nord possa contare su una struttura sanitaria all'altezza, con tanto di reparti materno-infantili. E ancora: ipotizzare un nuovo Maria Vittoria (Dea di I livello), perché quello attuale presenta limiti strutturali insuperabili. E, allargando lo sguardo fuori dal capoluogo, progettare i nuovi ospedali di Alessandria, Cuneo e Ivrea. È evidente che il ricorso al MES renderebbe possibile la concretizzazione di alcuni di questi progetti ma per ora si registra l'assenza di programmazione in tal senso da parte dei vertici della Regione Piemonte, che rischia di farsi cogliere impreparata, senza progetti pronti e cantierabili.

### **Potenziare la medicina territoriale**

Ma il cambiamento maggiormente atteso nel sistema sanitario piemontese riguarda la medicina territoriale, che in occasione di questa pandemia ha rivelato tutte le sue debolezze e carenze. È, infatti, cruciale riqualificare la figura e il ruolo

del medico di base, in modo che possa svolgere tutte le funzioni necessarie ad arginare l'ospedalizzazione e l'intasamento dei servizi di pronto soccorso. A questo scopo non mancano i modelli a cui riferirsi, già adottati dalle altre regioni italiane, come l'Emilia, il Veneto, il Trentino-Alto Adige e la Toscana, per citare i più noti e consolidati.

Analogamente occorre riqualificare in modo adeguato le strutture regionali deputate al controllo sull'insorgere e sull'andamento delle malattie (anche animali e vegetali) con la costruzione delle opportune forme di coordinamento sia all'interno della Regione, sia nei servizi territoriali, sia con gli enti specializzati (per esempio l'Istituto zooprofilattico), a livello interregionale come nazionale, sia con gli enti di ricerca (Università). Una notevole carenza è emersa anche nel ruolo che le Università piemontesi hanno svolto in merito ai possibili strumenti per fronteggiare l'epidemia. L'unico rapporto di rilievo è stato del Politecnico di Torino.

Attualmente nella medicina del territorio vediamo operare tre "organizzazioni": i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Asl, la rete dei MMG e dei PLS (pediatri di libera scelta), i distretti con le loro articolazioni territoriali. Un sistema confuso che richiede scelte organizzative coraggiose e certamente non semplici, o puntando sulla rete dei "Medici di Famiglia", con un coordinamento distrettuale forte e strettamente collegato alla direzione sanitaria, oppure investire nei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica accentuando il ruolo della prevenzione nelle azioni di controllo e contrasto delle malattie infettive e delle vaccinazioni.

Potenziare la medicina territoriale significa, poi, pensare le Case della Salute non come semplici poliambulatori ma come strutture aperte 24 ore su 24, in grado di garantire servizi diagnostici di base e di coordinare l'assistenza domiciliare. Investire in telemedicina, diagnostica domiciliare, infermieri di comunità, medicina di gruppo: solo così potremo rafforzare sul territorio la risposta sanitaria alle domande di salute dei cittadini, a cominciare dai cronici, dai non autosufficienti e dai pluripatologici, che non devono più essere "ospedalizzate".

L'organizzazione dei servizi sanitari va anche ripensata nel rapporto tra aree urbane e quelle

rurali e montane: occorre puntare su una rete di ospedali efficienti collocati nelle aree urbane, e potenziare i servizi territoriali con l'adozione di metodi più avanzati nell'uso della telemedicina, in modo che le campagne e le terre alte non si sentano abbandonate. E a questo proposito, è apprezzabile il ruolo dell'Uncem nazionale nel reclamare a gran voce che venga accelerato il piano della banda ultralarga (BUL) in quelle zone non considerate appetibili dagli operatori privati.

Un altro aspetto da approfondire riguarda gli investimenti in innovazione, anche organizzativa, di cui necessita il servizio sanitario regionale. Occorre un forte cambio di passo nella mentalità dei funzionari amministrativi, troppo spesso orientati a fissare procedure onerose per il personale medico e sanitario, anziché concepire il proprio operato come un qualcosa che è al servizio degli operatori sanitari. Analogamente, occorre che il cittadino possa non solo essere soddisfatto per le cure ricevute (il Piemonte è al quarto posto nella griglia Lea) ma anche perché ottiene prenotazioni più facili, pagamento del ticket più semplice, è accolto con gentilezza ed educazione in locali non fatiscenti e trascorre la degenza in camere con l'aria condizionata, ecc.

### Conclusioni

Infine, alcuni interrogativi che questa pandemia solleva, e che vanno al di là delle specificità piemontesi:

1. C'è una progressiva richiesta di autonomia da parte delle Regioni, che hanno ondeggiato tra atteggiamenti ora più severi ora più permissivi, talvolta in contrasto con il Governo centrale. Ha senso continuare in questa direzione, dal momento che la spesa sanitaria è sempre più sostenuta con l'indebitamento dello Stato centrale? Ma ricentrare la sanità pubblica sarebbe la soluzione? Certamente c'è da registrare la debolezza della Conferenza Stato Regioni nello svolgere il ruolo di regia e coordinamento. Il regionalismo è stata un'importante conquista, il principio di sussidiarietà verticale e l'importanza dei territori non è una moda ma fa parte del DNA della sinistra, e bisogna evitare di inseguire le oscillazioni umorali dell'opinione pubblica, passando dalle invocazioni di

centralismo alle rivendicazioni autonomiste. Non si tratta di inventare nuovi modelli di relazione tra Stato e Regioni, piuttosto evitare derive istituzionali inaccettabili e far funzionare quanto previsto dalle norme.

2. È ormai opinione corrente che occorra ridurre la tassazione diretta, non solo per garantire la ripresa economica ma anche perché è ritenuta iniqua. Ci si chiede se proprio questa occasione, che ha rivelato la necessità di aumentare gli investimenti in servizi sanitari, non possa essere utile ad aprire una riflessione sulla possibilità di garantire una maggior copertura dei costi con una tassazione più progressiva. Perché chi ha di più non può partecipare in maggior misura al finanziamento del servizio sanitario nazionale? Come scrive Antonio Polito sul *Corriere della sera* di sabato 24 ottobre, "Da questa tempesta l'Italia deve uscire con una sanità più efficiente e più umana. Averla costa. Quanto siamo disposti a spendere?"

In conclusione, mi piace usare le parole della virologa Ilaria Capua sempre sul *Corriere della Sera* del 3 maggio: "C'è bisogno di consapevolezza su come ognuno può contribuire a rallentare il contagio e a proteggere le porzioni della popolazione più a rischio di sviluppare la forma grave. E di una nuova mappa mentale per orientarsi nella propria vita, nei propri percorsi di ogni giorno. Ognuno di noi deve immaginare quali sono i comportamenti da evitare a partire dal rimanere a casa se non ci si sente tanto bene (e qui mi riferisco soprattutto ai tanti pendolari giornalieri e settimanali) al non promuovere e allo scoraggiare raggruppamenti di persone che possono passarsi l'infezione in maniera efficace. Insomma, muoversi un po' di meno, muoversi in maniera intelligente. Essendo consapevoli che Covid-19 può essere completamente asintomatico anche in noi stessi e che quindi possiamo essere anello di congiunzione fra mondi paralleli come le case di riposo".