Fondazione theBRIDGE SCIENZA TRA CLINICA E SOCIETÀ

COVID-19 | La gestione tra emergenza e incertezza. Il focus lombardo

Dossier | 17 giugno 2020

Sommario

La comunicazione dell'incertezza 2
I NUMERI 5
La legge regionale 23/2015 sulla medicina territoriale 14
Gli MMG lombardi durante il Covid-19 16
CONCLUSIONI 19
Cosa emerge per il futuro? 19

La comunicazione dell'incertezza

Un fattore con il quale abbiamo imparato a confrontarci nei mesi passati – e in parte ancora oggi – è sicuramente legato all'impossibilità di avere chiarezza immediata e incontestabile sul "comportamento" del nuovo virus Covid-19. È indubbio che i tempi del contagio, nella loro brevità, e la dirompente diffusione pandemica, siano stati elementi rilevanti per alimentare l'incertezza sul tema, incertezza che, tuttavia, avrebbe meritato un'attenzione particolare soprattutto nelle modalità di comunicazione. Proprio su questo punto, e soprattutto nelle settimane di preallarme, di certo non hanno giocato un ruolo costruttivo le dichiarazioni sottovalutanti espresse da infettivologi e virologi, poi costretti a tornare sui propri passi e riconoscere la pervasività e la virulenza del nuovo ceppo. Queste prime dichiarazioni, in parte assolutistiche e tranquillizzanti, hanno avuto un impatto forte sull'incertezza, influenzando i decisori politici nell'iniziale gestione della crisi e sedando l'allarmismo della cittadinanza.

Roberto Burioni: Professore Ordinario di Microbiologia e Virologia presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, Dottore di Ricerca in Scienze Microbiologiche, Specialista in Immunologia Clinica ed Allergologia. ***Virus, Burioni: "In Italia il rischio è zero",*** durante una puntata di Che tempo che fa su Rai 2, il 2 febbraio 2020. Il noto virologo ha affermato che, considerate le precauzioni che si stanno prendendo, il rischio di diffusione del virus in Italia è pari a zero

Filippo Luciani: Dirigente Medico con incarico di Alta Specializzazione Malattie Infettive presso Azienda Ospedaliera di Cosenza. ***«Il Coronavirus? Meno letale di un'influenza»,*** Il quotidiano del sud, 4 febbraio 2020. L'esperto di Malattie infettive e Virologia all'ospedale "Annunziata" di Cosenza ha dichiarato che la pericolosità del virus alla stessa stregua di numerosissimi altri agenti patogeni virali che, solitamente, sono più pericolosi e la mortalità non è nemmeno da considerare.

https://www.quotidianodelsud.it/calabria/cosenza/lintervista/saluteeassistenza/2020/02/04/il-coronavirus-meno-letale-di-uninfluenza/

Massimo Galli: Direttore/Responsabile Malattie Infettive 3 presso Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario. ***Coronavirus, Galli (Sacco): «In Italia situazione sotto controllo, misure assunte stanno contenendo fenomeno»,*** SanitàInformazione.it, Federica Bosco, 10 febbraio 2020. Il professor Galli, durante un incontro dell'Ordine dei Medici di Milano, è intervenuto sostenendo che il virus in Italia difficilmente si diffonderà sia per l'esiguità del numero dei casi che per le modalità con cui si sono manifestati i sintomi.

https://www.sanitainformazione.it/salute/coronavirus-galli-direttore-malattie-infettive-sacco-primi-indicatori-positivi-da-due-giorni-in-cina-cresce-meno-in-italia-soli-tre-casi-importati/

Giovanni Maga, Direttore Istituto di Genetica Molecolare "LUIGI LUCA CAVALLI SFORZA" (IGM). ***"In 3 settimane possibile stop dei casi di coronavirus", dice l'esperto***, AGI Agenzia Italia, 19 febbraio 2020. Il direttore dell'istituto di genetica molecolare del Consiglio nazionale delle ricerche di Pavia ha commentato l'andamento dei contagi in termini positivi dichiarando che l'epidemia potrebbe spegnersi nelle settimane immediatamente successive alla sua emersione.
https://www.agi.it/cronaca/news/2020-02-19/coronavirus-esperto-casi-epidemia-fine-7134826/

Massimo Galli, (per affiliazione, v.sopra). ***Coronavirus, l'infettivologo Galli dell'ospedale Sacco di Milano: "Evidente che si è evoluto in natura, non è certo nato in laboratorio",*** Il Fatto Quotidiano, 20 febbraio 2020**.** Secondo quanto sostenuto dal primario infettivologo dell'Ospedale Sacco di Milano, anche a seguito di uno studio pubblicato in merito al comportamento e alle caratteristiche del virus nelle prime fasi dell'epidemia,

il virus Sars-Cov-2 si è sviluppato in natura e non certo in laboratorio. Nello stesso articolo, il professore comincia ad ammettere la gravità del virus.
https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/02/22/coronavirus-linfettivologo-galli-dellospedale-sacco-di-milano-evidente-che-si-e-evoluto-in-natura-non-e-certo-nato-in-laboratorio/5714190/

Fabrizio Pulvirenti, Dirigente ASL II fascia - Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Umberto I Enna. **Parla l'infettivologo sopravvissuto all'ebola: "La situazione è seria ma niente allarmismi",** globalist.it, 22 febbraio 2020**.** Le dichiarazioni dell'infettivologo di Enna - sebbene abbia riconosciuto un incremento dei contagi rispetto alla prima comparsa del virus in Italia – propendono per mantenere la calma e non cedere ad allarmismi, informandosi e seguendo informatori autorevoli da OMS e Ministero della Salute, sperando che le risposte al virus siano condivise e non frammentarie.
https://www.globalist.it/science/2020/02/22/parla-l-infettivologo-sopravvissuto-all-ebola-la-situazione-e-seria-ma-niente-allarmismi-2053473.html

Maria Rita Gismondo, Direttore/Responsabile Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica Bio-emergenze Ospedale Luigi Sacco - Polo Universitario. **Coronavirus, primaria Sacco: "Scambiata influenza per pandemia",** Il Giorno, 23 febbraio 2020. Il direttore del dipartimento di microbiologia, virologia e diagnostica delle bio-emergenze dell'Ospedale Sacco di Milano ha sostenuto che l'infezione da Covid-19 sia di poco più che seria rispetto a una normale influenza, dichiarando inoltre come sia "una follia" dare al virus l'etichetta di pandemia letale: *"Leggete! Non è pandemia! Durante la scorsa settimana la mortalità per influenza è stata di 217 decessi al giorno! Per Coronavirus 1!"*
https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/coronavirus-sacco-1.5042749

Matteo Bassetti, Direttore clinica di malattie infettive e tropicali Ospedale Policlinico San Martino, Genova. **L'infettivologo Bassetti: "Non si muore di coronavirus, basta allarmismi",** ivg.it, 26 febbraio 2020. Secondo il primario di infettivologia del San Martino di Genova, il messaggio che deve essere diffuso da parte dei medici è che il coronavirus è simile all'influenza e non a virus ben più letali.
https://www.ivg.it/2020/02/linfettivologo-bassetti-non-si-muore-di-coronavirus-basta-allarmismi/

Ilaria Capua, Pre-eminent Professor at the University of Florida, Dirigente One Health Center of Excellence dell'Università of Florida. ***Ilaria Capua: «Niente panico per il Coronavirus. Trasformiamolo in un'opportunità per l'Italia digitale»,*** millionaire.it, Eleonora Chioda, 27 febbraio 2020. «*Il virus continuerà a circolare, probabilmente fino a primavera inoltrata, e presto lo troveremo in altri Paesi. Ma è un'infezione clinicamente molto meno grave di quello che temevamo e credo che il numero di persone senza sintomi sia in realtà un numero significativo. E questo è un bene*».
https://www.millionaire.it/ilaria-capua-coronavirus-opportunita-italia-digitale/

Il cambio di rotta

Roberto Burioni (per affiliazione v. sopra) **Coronavirus, l'appello di Burioni: "Quarantena e isolamento rigido, senza eccezioni",** Il Giorno, 21 febbraio 2020. L'immunologo cambia drasticamente posizione rispetto alle sue dichiarazioni degli inizi di febbraio e, basandosi sulle nuove notizie, sostiene la quarantena per tutti coloro che arrivano dalla Cina e la necessità di non sottovalutare il virus per il suo maggior rischio di trasmissione che lo rende molto più pericoloso di altri Corona.
https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/coronavirus-burioni-1.5039957

Massimo Galli (per affiliazione v. sopra) **Coronavirus, il primario del Sacco di Milano: «Circolava da settimane. *L'emergenza ora è per i ricoveri in ospedali… I casi complessi non fanno pensare che l'infezione***

sia recente", Open Online, 1 marzo 2020: Il professor Galli, dopo una serie di dichiarazioni che sono passate dalla sottovalutazione alla "rivalutazione" della gravità della pandemi, ha affermato che i dati dimostrano che l'infezione non è recente ed è verosimile che i ricoverati abbiano avuto più settimane alle spalle per lo sviluppo dei sintomi. *«Il COVID-19 ha più fasi e si esprime nella sua massima gravità anche a 7-10 giorni dalla comparsa dei primi sintomi».* Nello stesso articolo, Galli ipotizza che il virus sia entrato in Italia molto prima della chiusura delle frontiere, probabilmente già dalla fine di gennaio. *«La situazione è francamente emergenziale dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria»* *https://www.open.online/2020/03/01/coronavirus-primario-sacco-milano-circola-settimane-emergenza-ospedali/*

I NUMERI

Per una corretta analisi di come regionalmente sia stata gestita la pandemia, è necessario partire dall'osservazione di numeri e dati. L'obiettivo dell'analisi è mostrare i dati relativi alla fine della Fase 1 (tabella 3) e i dati relativi al periodo intercorso tra la fine della fase 1 e il 15/06/2020 (tabella 4), focalizzandosi su Regione Lombardia a confronto con le altre regioni.

Di seguito una rielaborazione dei numeri raccolti dal Ministero della Salute e mostrati dalla Protezione Civile.

Come ormai noto, la compilazione avviene su base regionale, con l'eccezione delle province autonome di Trento e Bolzano, e la lettura delle tabelle viene fatta da destra verso sinistra:

- per quanto riguarda la prima classe di dati – quelli relativi a casi testati, tamponi, casi totali, deceduti, dimessi/guariti disponiamo del dato cumulato, ovvero dal giorno preso in esame all'inizio dell'epidemia;
- per quanto riguarda invece i dati relativi alla terapia intensiva e ai ricoverati, è possibile sapere soltanto il dato relativo al singolo giorno, ma non quello cumulato.

Dunque, in Lombardia, in data 3 maggio 2020 (ultimo giorno della Fase 1)

- erano stati eseguiti 410.857 tamponi e per 77.528 persone l'esito del tampone è stato positivo (i "casi totali", che indica dunque quante persone, dall'inizio dell'epidemia, hanno di sicuro contratto il virus).
- Delle persone che hanno contratto il virus, 14.231 sono deceduti, mentre 26.371 sono state dimesse o guarite.
- Il totale dei positivi (36.926) indica il numero delle persone che in data 3 maggio, in Lombardia, erano positive al Coronavirus e non erano ancora guarite.
- Quel dato viene poi suddiviso in tre parti: quanti di quei contagiati si trovavano in isolamento domiciliar, quanti in terapia intensiva e quanti in ospedale con sintomi ma non in terapia intensiva

Per una valutazione più generale, ciò che risulta essere particolarmente importante da sottolineare è che i casi occorsi in **Regione Lombardia sono spesso stati equivalenti alla sommatoria delle altre Regioni**, come evidenziato nella tabella n°1 e 2.

Infatti, i **casi totali** registrati in **Lombardia** al 3 maggio (**77.528)** sono **maggiori della somma dei casi totali delle altre tre regioni più colpite** (Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto con **71.764**), così come della somma delle regioni dell'Italia centrale (**24.085**), dell'Italia meridionale (**17.984**) e delle due somme messe insieme (**42.069**). Uguale proporzione si può notare nel numero dei deceduti.

Non disponendo pubblicamente del dato cumulativo per il numero di ricoveri, abbiamo osservato i giorni in cui in Lombardia si sono registrati i picchi di casi per quanto riguarda **ricoverati** e **terapia intensiva**.

Prendendo come riferimento i dati relativi al 5/04, La Lombardia ha registrato un picco **di ricoverati con sintomi** di **12.009 casi**, numero maggiore della somma dei ricoverati con sintomi delle tre regioni con più casi dopo la Lombardia (**8.985)**; possiamo addirittura vedere come la somma dei ricoverati con sintomi del 5/04 di tutte le regioni esclusa la Lombardia (**16.940)**, sia di poco superiore alla Lombardia presa da sola.

Anche per quanto riguarda il dato relativo alla **terapia intensiva**, si può osservare che, nel momento di picco raggiunto in Lombardia (**1.381 casi**) il 3/04, **il valore è maggiore della somma delle tre regioni** con più casi

dopo la Lombardia **(1151 casi)**; il dato di Regione Lombardia è notevolmente maggiore di quello della somma delle regioni dell'Italia centrale **(682 casi)** e dell'Italia meridionale **(455 casi).**

Rispetto a questo dato è, infine, utile ricordare che prima della pandemia, Regione Lombardia contava 724 posti letto totali per la terapia intensiva; il lavoro di riconversione (circa 70% in strutture pubbliche, 30% in strutture private), insieme a una gestione dei posti letto tra diverse province, è stato fondamentale per la gestione dell'ingente numero di pazienti.

Dati Covid-19 al 3 maggio (fine Fase 1)						
	Lombardia	**3 regioni con pù casi dopo Lombardia:** Piemonte, Emilia Romagna, Veneto	**Italia settentrionale (esclusa Lombardia):** Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto	**Italia centrale**: Lazio, Marche, Toscana, Umbria	**Italia meridionale:** Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna	**Totale regioni esclusa Lombardia**
Casi totali	77.528	71.764	91.120	24.085	17.984	133.189
Deceduti	14.231	10.926	10.664	2375	1614	14.653
Dimessi/guariti	26.371	31.472	41.815	8616	4852	55.283
Tamponi	410.857	747.485	970.402	405.061	367.452	1.742.915

Tabella 1. I dati della Lombardia vs Italia

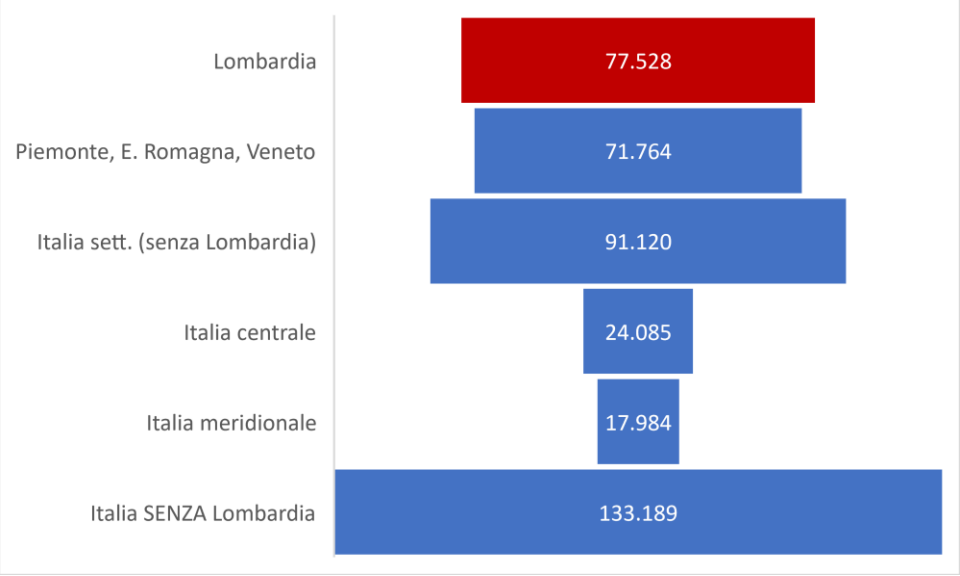

Figura 1.Numero casi totali pazienti positivi in Fase 1: Lombardia confronto altre Regioni Italia

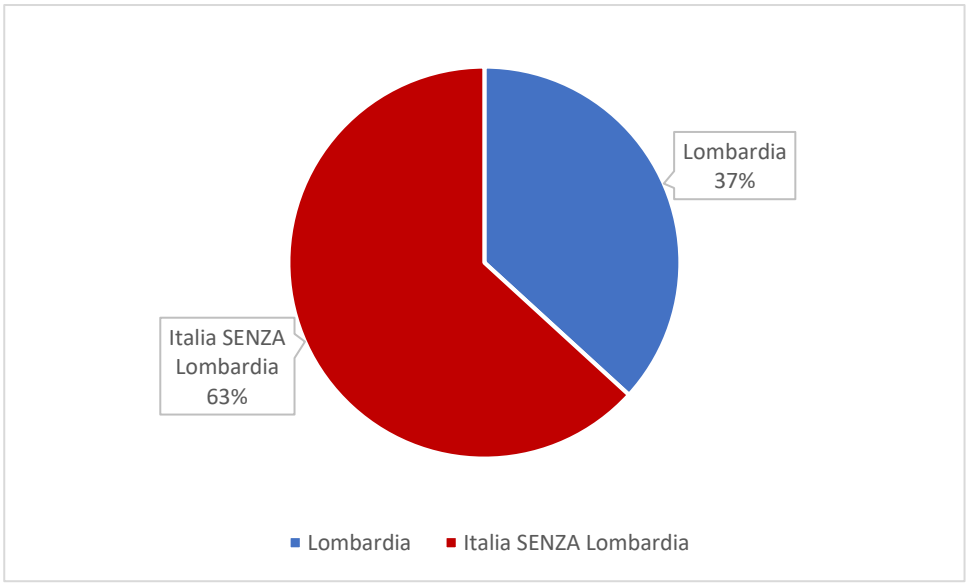

Figura 2. Numero casi totali pazienti positivi in Fase 1: Lombardia resto Italia

Dati Covid-19 al 3 maggio (fine Fase 1)						
	Lombardia	**3 regioni con pù casi dopo Lombardia:** Piemonte, Emilia Romagna, Veneto	**Italia settentrionale (esclusa Lombardia):** Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Piemonte, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta, Veneto	**Italia centrale**: Lazio, Marche, Toscana, Umbria	**Italia meridionale:** Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sicilia, Sardegna	**Totale regioni esclusa Lombardia**
5/04/2020 Picco di ricoverati con sintomi in Lombardia						
Ricoverati con sintomi	12.009	8985	10.983	3492	2465	16940
3/04/2020 Picco di terapia intensiva in Lombardia						
Terapia intensiva	1381	1151	1550	682	455	2687

Tabella 2. I dati della Lombardia vs Italia (PICCHI)

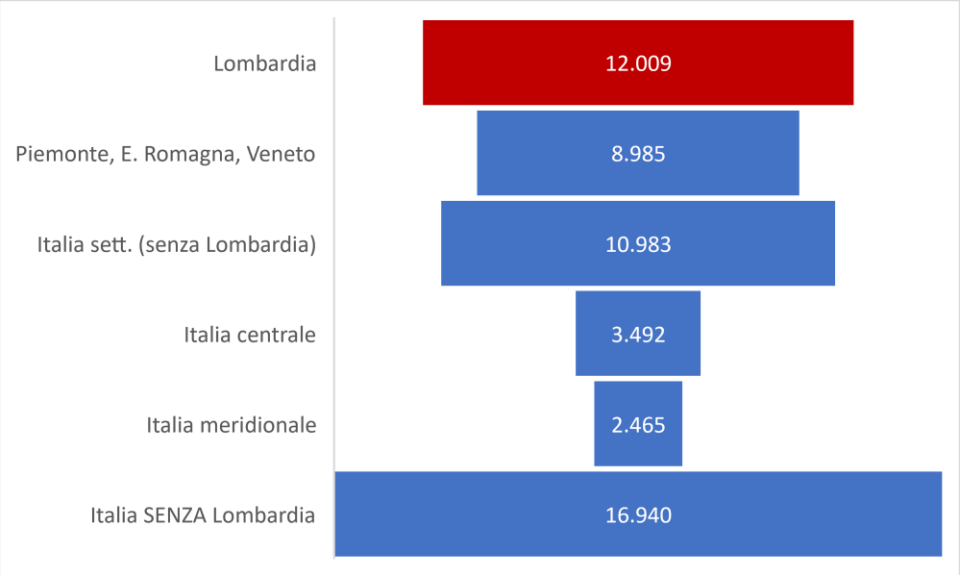

Figura 3. Lombardia cfr Italia: ricoveri (no T.I.) in data 5/4/2020

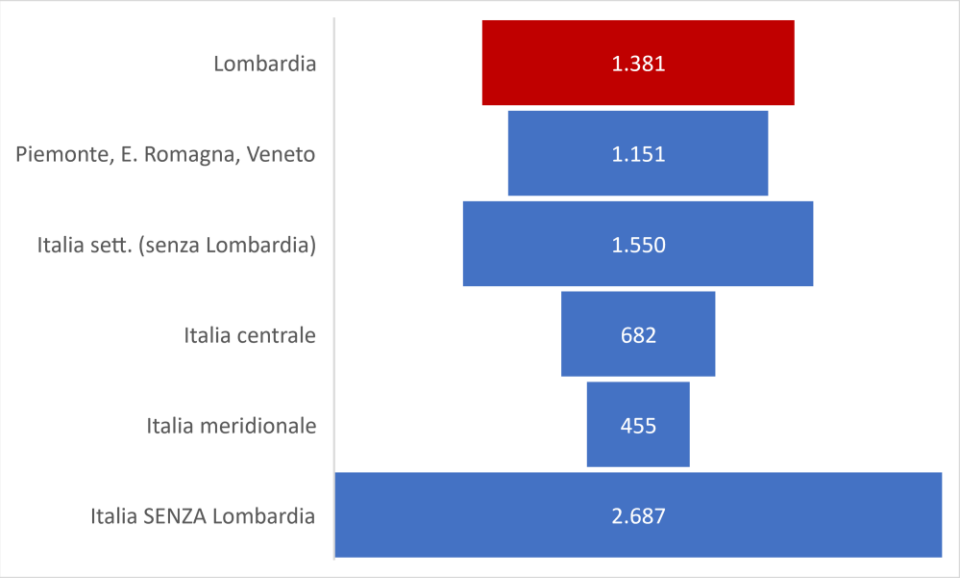

Figura 4. Lombardia cfr Italia: terapia intensiva in data 3/4/2020

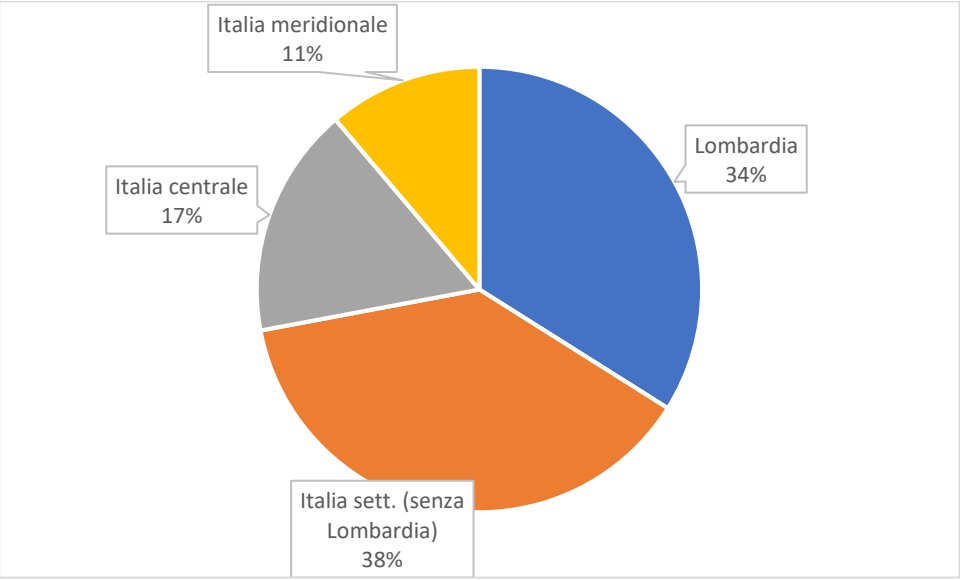

Figura 5. Lombardia cfr Italia: il peso della terapia intensiva nel quadro nazionale (3/4/2020)

Tabella 3. FASE 1

Dati Covid-19 al 3 maggio (fine Fase 1) forniti dal Ministero della Salute																				
Regione	n° abitanti	Ricoverati con sintomi	% popolazione regionale	% casi tot	Terapia intensiva	% popolazione regionale	Isolamento domiciliare	TOTALE POSITIVI	% pop	DIMESSI/ GUARITI	% Casi tot	DECEDUTI	% popolazione regionale	% Casi tot	CASI TOTALI	% popolazione regionale	TAMPONI	% popolazione regionale	CASI TESTATI	% popolazione regionale
Lombardia	10.060.574	6.609	0,07 %	8,52 %	532	0,005 3%	29.785	**36.926**	**0,37 %**	26.371	34 %	14.231	0,14 1%	18,3 6%	**77.528**	**0,77 %**	410.857	4,08 %	247.176	2,46 %
Piemonte	4.356.406	2.496	0,06 %	9,10 %	169	0,003 9%	12.973	**15.638**	**0,36 %**	8.640	31 %	3.152	0,07 2%	11,4 9%	**27.430**	**0,63 %**	172.208	3,95 %	121.176	2,78 %
Emilia Romagna	4.459.477	1.997	0,04 %	7,68 %	197	0,004 4%	6.851	**9.045**	**0,20 %**	13.329	51 %	3.642	0,08 2%	14,0 0%	**26.016**	**0,58 %**	197.075	4,42 %	131.047	2,94 %
Veneto	4.905.854	955	0,02 %	5,21 %	103	0,002 1%	6.241	**7.299**	**0,15 %**	9.503	52 %	1.516	0,03 1%	8,28 %	**18.318**	**0,37 %**	378.202	7,71 %	220.598	4,50 %
Toscana	3.729.641	513	0,01 %	5,36 %	112	0,003 0%	4.703	**5.328**	**0,14 %**	3.363	35 %	872	0,02 3%	9,12 %	**9.563**	**0,26 %**	150.914	4,05 %	114.354	3,07 %
Liguria	1.550.640	627	0,04 %	7,50 %	68	0,004 4%	2.856	**3.551**	**0,23 %**	3.599	43 %	1.209	0,07 8%	14,4 6%	**8.359**	**0,54 %**	54.492	3,51 %	34.613	2,23 %
Lazio	5.879.082	1.346	0,02 %	19,7 7%	95	0,001 6%	2.944	**4.385**	**0,07 %**	1.916	28 %	508	0,00 9%	7,46 %	**6.809**	**0,12 %**	150.912	2,57 %	117.796	2,00 %
Marche	1.525.271	400	0,03 %	6,33 %	43	0,002 8%	2.755	**3.198**	**0,21 %**	2.194	35 %	927	0,06 1%	14,6 7%	**6.319**	**0,41 %**	64.412	4,22 %	42.281	2,77 %
Campania	5.801.692	455	0,01 %	10,1 5%	30	0,000 5%	2.241	**2.726**	**0,05 %**	1.394	31 %	364	0,00 6%	8,12 %	**4.484**	**0,08 %**	86.498	1,49 %	47.027	0,81 %
Trento	541.098	136	0,03 %	3,20 %	17	0,003 1%	1.094	**1.247**	**0,23 %**	2.571	61 %	429	0,07 9%	10,1 0%	**4.247**	**0,78 %**	41.095	7,59 %	24.085	4,45 %
Puglia	4.029.053	410	0,01 %	9,89 %	40	0,001 0%	2.505	**2.955**	**0,07 %**	765	18 %	424	0,01 1%	10,2 3%	**4.144**	**0,10 %**	66.443	1,65 %	64.781	1,61 %
Sicilia	4.999.891	383	0,01 %	11,8 2%	29	0,000 6%	1.791	**2.203**	**0,04 %**	795	25 %	242	0,00 5%	7,47 %	**3.240**	**0,06 %**	85.955	1,72 %	78.409	1,57 %
Friuli Venezia Giulia	1.215.220	131	0,01 %	4,26 %	6	0,000 5%	950	**1.087**	**0,09 %**	1.688	55 %	297	0,02 4%	9,67 %	**3.072**	**0,25 %**	74.990	6,17 %	48.041	3,95 %
Abruzzo	1.311.580	300	0,02 %	10,0 1%	16	0,001 2%	1.552	**1.868**	**0,14 %**	798	27 %	330	0,02 5%	11,0 1%	**2.996**	**0,23 %**	40.699	3,10 %	29.788	2,27 %

Bolzano	531.178	109	0,02 %	4,30 %	11	0,002 1%	545	**665**	**0,13 %**	1.590	63 %	281	0,05 3%	11,0 8%	**2.536**	**0,48 %**	44.240	8,33 %	20.166	3,80 %
Umbria	882.015	58	0,01 %	4,16 %	13	0,001 5%	112	**183**	**0,02 %**	1.143	82 %	68	0,00 8%	4,88 %	**1.394**	**0,16 %**	38.823	4,40 %	26.973	3,06 %
Sardegna	1.639.591	92	0,01 %	6,97 %	10	0,000 6%	587	**689**	**0,04 %**	511	39 %	119	0,00 7%	9,02 %	**1.319**	**0,08 %**	27.737	1,69 %	24.662	1,50 %
Valle d'Aosta	125.666	74	0,06 %	6,48 %	2	0,001 6%	33	**109**	**0,09 %**	895	78 %	138	0,11 0%	12,0 8%	**1.142**	**0,91 %**	8.100	6,45 %	6.046	4,81 %
Calabria	1.947.131	95	0,00 %	8,53 %	4	0,000 2%	603	**702**	**0,04 %**	324	29 %	88	0,00 5%	7,90 %	**1.114**	**0,06 %**	38.835	1,99 %	36.874	1,89 %
Basilicata	562.869	48	0,01 %	12,4 4%	3	0,000 5%	143	**194**	**0,03 %**	167	43 %	25	0,00 4%	6,48 %	**386**	**0,07 %**	14.210	2,52 %	14.210	2,52 %
Molise	305.617	8	0,00 %	2,66 %	1	0,000 3%	172	**181**	**0,06 %**	98	33 %	22	0,00 7%	7,31 %	**301**	**0,10 %**	7.075	2,31 %	6.808	2,23 %
Totale	60.359.546	17.242	0,03 %	8,18 %	1.501	0,002 5%	81.436	**100.179**	**0,17 %**	81.654	39 %	28.884	0,04 8%	13,7 1%	**210.717**		2.153.772		1.456.911	

Tabella 4. Fase 2 (dati aggiornati al 15/6/2020)

Dati Covid-19 da inizio fase 2 (4 maggio) al 15/06/2020 forniti dal Ministero della Salute											
Regione	n° abitanti	DIMESSI/ GUARITI	% casi positivi	DECEDUTI	% popolazione regionale	CASI TOTALI	% popolazione regionale	TAMPONI	% popolazione regionale	CASI TESTATI	% popolazione regionale
Lombardia	10.060.574	32.849	0,33%	2.218	0,022%	**14.130**	**0,14%**	481.784	4,79%	283.507	2,82%
Piemonte	4.356.406	15.759	0,36%	860	0,020%	**3.629**	**0,08%**	195.857	4,50%	113.385	2,60%
Emilia Romagna	4.459.477	8.903	0,20%	562	0,013%	**2.057**	**0,05%**	209.964	4,71%	110.786	2,48%
Veneto	4.905.854	6.966	0,14%	462	0,009%	**901**	**0,02%**	434.338	8,85%	151.128	3,08%
Toscana	3.729.641	5.233	0,14%	213	0,006%	**617**	**0,02%**	141.187	3,79%	91.994	2,47%
Liguria	1.550.640	4.516	0,29%	312	0,020%	**1.520**	**0,10%**	72.213	4,66%	34.153	2,20%
Lazio	5.879.082	3.909	0,07%	300	0,005%	**1.146**	**0,02%**	146.703	2,50%	124.449	2,12%
Marche	1.525.271	2.945	0,19%	66	0,004%	**439**	**0,03%**	56.942	3,73%	31.017	2,03%
Campania	5.801.692	2.466	0,04%	66	0,001%	**125**	**0,00%**	153.792	2,65%	74.591	1,29%
Trento	541.098	1.346	0,25%	35	0,006%	**200**	**0,04%**	62.815	11,61%	30.969	5,72%
Puglia	4.029.053	2.800	0,07%	108	0,003%	**371**	**0,01%**	80.806	2,01%	32.039	0,80%
Sicilia	4.999.891	1.546	0,03%	37	0,001%	**217**	**0,00%**	93.483	1,87%	71.824	1,44%
Friuli Venezia Giulia	1.215.220	1.162	0,10%	46	0,004%	**224**	**0,02%**	85.834	7,06%	45.600	3,75%
Abruzzo	1.311.580	1.514	0,12%	126	0,010%	**283**	**0,02%**	50.746	3,87%	32.085	2,45%

Bolzano	531.178	637	0,12%	10	0,002%	**77**	**0,01%**	31.955	6,02%	16.441	3,10%
Umbria	882.015	196	0,02%	9	0,001%	**42**	**0,00%**	43.153	4,89%	31.040	3,52%
Sardegna	1.639.591	687	0,04%	13	0,001%	**44**	**0,00%**	41.032	2,50%	33.619	2,05%
Valle d'Aosta	125.666	145	0,12%	6	0,005%	**49**	**0,04%**	8.497	6,76%	6.760	5,38%
Calabria	1.947.131	697	0,04%	9	0,000%	**48**	**0,00%**	43.146	2,22%	43.045	2,21%
Basilicata	562.869	196	0,03%	2	0,000%	**15**	**0,00%**	20.929	3,72%	20.139	3,58%
Molise	305.617	244	0,08%	1	0,000%	**138**	**0,05%**	11.770	3,85%	12.037	3,94%
Totale	60.359.546	94.716		5.461		**26.272**		2.466.946		1.390.608	

La legge regionale 23/2015 sulla medicina territoriale

Il sistema sociosanitario lombardo sembrava dovesse radicalmente cambiare rotta grazie alla L.R. 23/2015: ad oggi, tuttavia, i principi cardine della normativa volti all'implementazione dell'integrazione ospedale-territorio permangono in uno stato embrionale. La speranza è vederne l'attuazione nel nuovo PSSR che ne ridefinisce l'importanza, anche sulla spinta dell'emergenza COVID-19.

La necessità di una svolta merita tutta l'attenzione dei decisori politici. Guardare alle best practice di altre Regioni che già da anni hanno avviato un sistema esteso di medicina territoriale in grado di rispondere in modo efficace anche a emergenze pandemiche, può essere un modo per velocizzare l'attuazione di un piano sostenibile, efficace ed efficiente anche per la Lombardia.

Il sistema sociosanitario lombardo

La **L.R. n. 23 del 11 agosto 2015** – ***"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e il Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*** – ha istituito le **ATS (agenzie di tutela della salute), articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori** che, attuando la programmazione definita dalla Regione, erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati. Tra gli altri compiti, le ATS si occupano della negoziazione e dell'acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, del governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi" e di quello dell'assistenza primaria e relativo convenzionamento. Sono inoltre costituite le **ASST** (aziende socio-sanitarie territoriali), ossia delle strutture operative pubbliche della sanità lombarda.

In sintetica conclusione, viene strutturato un sistema a tre livelli:

- centrale regionale
- sue articolazioni amministrative (ATS)
- sue articolazioni operative (ASST).

PreSST (Presidio sociosanitario territoriale) e POT (Presidio ospedaliero territoriale). La **dgr 31 luglio 2019 n. XI/2019** avrebbe dovuto attuare l'integrazione ospedale territorio, attraverso **strutture organizzative di coordinamento** (centri multiservizi o centrali per la continuità assistenziale) nelle ASST o in altri enti del sistema, che in stretto collegamento con la ATS avrebbero svolto funzioni di valutazione multidimensionale (VMD), di case-management e di supporto al percorso di presa in carico (l'identificazione dei bisogni di natura clinica – assistenziale; la mappatura aggiornata dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari del territorio; individuazione della disponibilità dei posti nell'offerta territoriali; ricezione delle segnalazioni di dimissioni / accoglienza in UO sociosanitarie e l'individuazione delle strutture idonee; definizione di protocolli di dimissione / ammissione protetta; accompagnamento al momento delle dimissioni dalle strutture di degenza di comunità per garantire la continuità assistenziale della presa in carico; la sempre maggior integrazione delle cure primarie con la medicina specialistica, spostando sul territorio le risposte ai bisogni di medio – bassa intensità.)
il PreSST dovrebbe intendersi come un **presidio territoriale** e non solo una modalità organizzativa, cosa fondamentale per l'orientamento del cittadino-paziente. il PreSST potrebbe anche favorire il collegamento con le associazioni del volontariato. Tuttavia, va sottolineato che anche la delibera del 2019 non ha colto l'occasione per integrare meglio le funzioni sociali con quelle sanitarie e sociosanitarie.
http://www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistema-sociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/

Successivamente, l'andamento per l'implementazione della normativa del 2015 si è resa più farraginosa. Si pensi ai piani di presa in carico della cronicità che già dal 2017 hanno previsto la creazione della figura giuridica del Gestore ospedaliero, in competizione con il MMG socio della Coop per l'arruolamento dei pazienti. Con tale decisione i policy makers confidavano nella concorrenza sistemica tra I e II livello nell'ottica di favorire una maggior partecipazione dei MMG, un aumento della qualità delle prestazioni e dell'appropriatezza delle cure.

Il PSSR per gli anni 2019 – 2023. Il nuovo assetto organizzativo (ANCORA DA APPROVARE) tende a concretizzare alcuni indirizzi fondamentali che ribadiscono le idee già contenute nella legge regionale del 2015: la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio; l'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari; la centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita; la presa in carico dei pazienti cronici, poli-patologici, fragili e dei disabili al fine di ricomporre le risposte ai bisogni espressi, per ritardare le condizioni di non autosufficienza e la istituzionalizzazione; la differenziazione tra il ruolo di governance regionale, la funzione di attuazione della programmazione regionale da parte delle Agenzie Territoriali per la Salute e le funzioni erogative, ospedaliere e territoriali, delle ASST e dei soggetti privati e accreditati, in un'armonica cooperazione tra gli stessi; la centralità della persona, intesa come libertà di scelta e corresponsabilità nei percorsi di cura; il ruolo delle cure primarie, snodo centrale del sistema per la sua funzione di promozione della salute, di diagnosi precoce, di cura delle acuzie e di assistenza al paziente cronico; il ruolo della comunità, delle associazioni dei pazienti e del terzo settore.
La medicina di famiglia deve essere ri-valorizzata nella sua dimensione clinica e preventiva e con un ruolo fondamentale nel percorso di presa in carico del paziente. le cure vanno finalizzate a favorire la permanenza del malato nel contesto famigliare e ad assicurare una migliore integrazione di tutti gli attori della rete di offerta. La Regione deve incentivare la collaborazione con la medicina specialistica, anche attraverso lo sviluppo tecnologico dell'informatica e della telemedicina.
È inoltre evidenziata la necessità di superare la frammentazione dei servizi tra territorio e ambito specialistico e tra i diversi settori specialistici, garantendo la continuità tra la fase della diagnosi, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza, sostenendo la capacità di autogestione del paziente (self management support) e valorizzare le competenze della famiglia, sviluppando sistemi informativi che facilitino la comunicazione tra i diversi attori del sistema e monitorando e valutare continuamente gli esiti in termini di outcome di salute e di costi.

Il Veneto

Istituzione e disciplina dell'Azienda Zero e ridefinizione assetto organizzativo aziende ULSS **Legge Regione Veneto 25 ottobre 2016, n. 19.** Azienda 0 è stata creata per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio–sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, impiegando nel processo le risorse ad esse assegnate in modo efficiente. Il SSR Veneto è stato ripensato attraverso una nuova organizzazione che risponda sia a principi di efficientamento, mediante la riduzione di ogni duplicazione di costo, che di governance attraverso il contestuale rafforzamento delle attività di coordinamento, monitoraggio e vigilanza sulle Aziende ULSS. All'art 15 della Legge si pongono come centrali le tematiche dello sviluppo della rete dell'assistenza territoriale che garantisca l'integrazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure, la rideterminazione dell'offerta dell'assistenza ospedaliera secondo una logica di rete coordinata, lo sviluppo di reti cliniche integrate, anche con il territorio, a garanzia degli standard minimi prestazionali per l'operatore e per la sicurezza dei pazienti. Secondo il Dott. Mantoan, Direttore Generale dell'area sanità e sociale della Regione Veneto, la riforma, prevedendo la creazione di Azienda 0, la riduzione del numero delle ULSS, l'identificazione di hub, l'informatizzazione del fascicolo sanitario elettronico e

l'assistenza territoriale, è una rivoluzione copernicana. Il medico di famiglia non è più una monade lasciata sola ma si inserisce nel contesto delle "Medicine di gruppo integrate", team multiprofessionali che assicurano la continuità assistenziale.

I punti "forti" del sistema Veneto possono essere riassunti come:

- ***la presenza ASL relativamente piccole***
- ***il mantenimento nelle ASL anche delle funzioni integrate del sociale***
- ***la presenza di un'organizzazione territoriale molto articolata con distretti "forti"***
- ***la riduzione progressiva del numero di ospedali e soprattutto del numero di posti letto.***

Gli MMG lombardi durante il Covid-19

Cosa ha funzionato? Punti di vista

- Il potenziamento delle terapie intensive e semi intensive
- La spinta a ristrutturare l'assistenza territoriali

Uno spunto interessante emerso da quanto accaduto durante la fase I è quello delineato da SIMG, nel tentativo di "ristrutturare" l'assistenza territoriale già in fase II. SIMG ha infatti dato il via al progetto "Covid-Alert", la rete dei Medici di Famiglia per monitorare i rischi della Fase 2.

"*I Medici di Famiglia italiani sono il riferimento di tutti i cittadini adulti del nostro Paese, costituiscono uno strumento formidabile di osservazione, consiglio, intervento precoce e cura dell'intera popolazione italiana* - afferma Claudio Cricelli, Presidente della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie. - *L'evoluzione e il successo della cosiddetta Fase 2 saranno legati in maniera determinante al rispetto rigoroso delle norme sanitarie da parte dei cittadini e degli operatori. Sarà tuttavia decisiva la capacità della medicina generale del territorio di diffondere un'informazione capillare ai cittadini italiani sui comportamenti individuali e dei nuclei familiari in grado di prevenire la diffusione del virus e di sorvegliare qualunque anomalia possa indicare l'attivazione o il sospetto di nuovi focolai epidemici.*"

Cosa non ha funzionato? Punti di vista e riflessioni

Per una chiara comprensione ed efficace comprensione dei fatti, riportiamo di seguito alcuni paragrafi della Lettera scritta dalla *Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia (FROMCeO)* pubblicata in data 06/04/2020 https://portale.fnomceo.it/fromceo-lombardia-nuova-lettera-indirizzata-ai-vertici-della-sanita-lombarda/.

"La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia (FROMCeO), riunita in data 05/04/2020, ha preso in esame la situazione relativa all'epidemia da COVID19 in corso. 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, per altro 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. […]

- 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.

Questo punto è stato anche condiviso dal segretario regionale di FIMMG Lombardia, Paola Pedrini***: “diffusi dalle autorità numeri sempre più inattendibili, non vorremmo che la confusione sui dati serva a nascondere la responsabilità dei generali nella Caporetto della sanità pubblica italiana.”***

- *È vero, le richieste dei pazienti ai medici di famiglia, almeno in Lombardia, sembra si stia riducendo, ma siamo molto preoccupati che questa notizia tragga in inganno l’opinione pubblica. Sta passando un messaggio sbagliato, veicolato anche da alcuni dirigenti delle aziende sanitarie: diminuiscono gli accessi al PS quindi la gente ha paura di andarci o i medici di famiglia li mandano troppo tardi. Chi di noi sta lavorando in prima linea non si può permettere il lusso della chiacchiera: è assolutamente chiaro che la gente ci andrebbe al volo in ospedale quando sta male, ma i servizi di emergenza urgenza non ce la fanno a garantire tutti i ricoveri perché posti comunque non ce ne sono: i letti non si liberano. Il ragionamento è un altro: prima si facevano i tamponi solo ai ricoverati, da qualche giorno si fanno ai ricoverati e agli operatori sanitari sintomatici, che sono quasi tutti ovviamente positivi anche se con pochi sintomi. Questo ha creato un dato di positivi non ricoverati sul territorio che prima non esisteva, numeri falsi perché riferiti ai soli operatori sanitari e non alla popolazione intera. A questi numeri possiamo eventualmente aggiungere qualche tampone di controllo ancora positivo fatto ai dimessi convalescenti. Ci chiediamo se chi gestisce i numeri è solo incompetente, se vive in un universo parallelo o se ci sta marciando. Non vorremmo che la confusione sui dati servisse a nascondere la responsabilità dei generali nella Caporetto della sanità pubblica italiana.”*

- ***L’incertezza nella chiusura di alcune aree a rischio.***

In questo caso la responsabilità va attribuita al Governo. Difatti, sebbene la tutela della salute sia materia di legislazione concorrente, spetta tuttavia allo Stato la determinazione dei principi fondamentali ed alle Regioni la disciplina di dettaglio. Lo Stato è poi depositario esclusivo della clausola di “uniformità” per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all’art. 117, comma 2, lett. m), nonché attore in grado di vegliare sulla loro effettività, con l’esercizio del potere sostitutivo (art. 120, comma 2). E nel caso di pandemia il ragionamento può essere esteso alle misure necessarie a tutelare la salute di fronte alla possibile diffusione di ulteriori focolai di coronavirus sull'intero territorio nazionale.

- 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).

Considerazioni: la DELIBERAZIONE della Giunta di Regione Lombardia N° XI / 2906 Seduta del 08/03/2020, al fine di perseguire il l’obiettivo di ampliamento della recettività dei pazienti presso le strutture extra ospedaliere del sistema sociosanitario regionale (post acuti, sub acuti, degenze intermedie, riabilitazione e RSA), conteneva le indicazioni specifiche affinché tali strutture potessero fornire il supporto all’assistenza dei pazienti durante la fase emergenziale così come specificate. Le linee guida erano chiaramente esposte e qualora le RSA si siano organizzate senza seguire le direttive, la responsabilità verrà accertata dalla magistratura.

- 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.

Anche in questo caso non si può che riferirsi alla responsabilità statale, e precisamente ai compiti di approvvigionamento da parte della Protezione Civile, sempre secondo il disposto costituzionale sul potere sostitutivo.

- **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.

Secondo il Protocollo G1.2020.0016575 del 10/04/2020 Regione Lombardia, *In merito alla richiesta di specificare se l'effettuazione del test per ricerca di infezione da SARS-CoV-2 sia da riservarsi esclusivamente agli operatori con sintomatologia febbrile, precisa che il criterio "guida" indicato per l'indagine mirata alla ricerca di SARS-CoV-2 con tampone nasofaringeo/orofaringeo fa riferimento prioritariamente al quadro clinico, per definizione non riconducibile al solo sintomo "febbre".* la Lombardia non ha recepito nelle proprie direttive e non applica la circolare «0007865» del ministero della Salute, diramata il 25 marzo, in particolare nel punto in cui esorta a un esame complessivo su tutti i lavoratori di ospedali e residenze per anziani e in cui si sottolinea la necessità che il personale sanitario esposto venga sottoposto a indagini (tampone) mirate a valutare l'eventuale positività al Covid-19. Va tuttavia sottolineato che al numero di tamponi eseguiti manca un corrispondente ammontare di reagenti (Per la Lombardia la responsabilità degli approvvigionamenti dei reagenti è di Aria, un ente pubblico che tra le altre cose si occupa di ottimizzare le spese per le forniture sanitarie).

- 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.

CONCLUSIONI

Cosa ha funzionato? Punti di vista

- La veloce riconversione dei reparti non Covid in Covid
- La risposta immediata delle strutture private nel concedere posti letto per i ricoveri Covid
- la possibilità per una migliore strutturazione della fase II

Cosa non ha funzionato? Punti di vista

- Mancato/scarso tracciamento delle infezioni. Rapporto con altre Regioni: "*Al primo aprile si contava una media di 23 tamponi ogni 1.000 residenti in Veneto, mentre il Lombardia il dato è dimezzato, 12,1 (Scienza in rete). Per ogni contagiato in Veneto sono stati fatti 14,8 tamponi, mentre in Lombardia solo 3,6 (Il Post)"* http://www.lombardiasociale.it/2020/04/29/lombardia-e-veneto-quali-differenze/
- L'isolamento domiciliare "*non è stato corredato da un sistema di vigilanza attiva con monitoraggio stretto, seppur a distanza*" [http://www.lombardiasociale.it/2020/04/29/lombardia-e-veneto-quali-differenze/]. Vi è stato un prevalente ricorso alle reti ospedaliere e dei pronto soccorsi per i pazienti sintomatici, anche per l'assenza di opzioni alternative.
- Non si è potuta attuare, sebbene prevista, una reale separazione dei percorsi di ospedalizzazione, anche per i numeri consistenti di contagiati.

Da http://www.lombardiasociale.it/2020/04/24/il-territorio-abbandonato/ : "Nella LR 23/2015 era prevista la creazione sul territorio dei PRESST, cioè l'equivalente delle case della salute, che sono rimasti sulla carta, tranne una manciata di casi aperti simbolicamente. Assieme alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), i PRESST avrebbero potuto fronteggiare efficacemente l'emergenza pandemica sul territorio, venendo in aiuto alle strutture ospedaliere, ed ora potrebbero gestire in modo appropriato il post-emergenza. **Le AFT avrebbero potuto diventare il braccio organizzativo** dell'intervento emergenziale sul territorio nel caso dell'epidemia di Covid-19, coordinando gli interventi dei diversi professionisti dell'assistenza primaria".

Coronavirus, Capelli: "La Lombardia paga una riforma sanitaria fatta a metà". Secondo Angelo Capelli, tra i relatori della legge sul SSR lombardo, la riforma dei servizi sanitari territoriali "è rimasta lettera morta"… Questa impostazione, spiega Capelli, nasce "dalla scelta, fatta nel 2017, di abbandonare del tutto il modello delle cure territoriali previsto nella riforma. Con una memoria di giunta, venne introdotta la figura del 'Gestore' per gestire le cure sul territorio senza strutturarne le funzioni né allestire i presidi e i luoghi da dedicare alle cure extra ospedaliere. In altri termini, si è rinunciato ad organizzare le Aziende sociosanitarie territoriali (Asst) non creando al loro interno la rete territoriale che mancava". https://www.dire.it/09-04-2020/445332-coronavirus-capelli-la-lombardia-paga-una-riforma-sanitaria-fatta-a-meta/

Cosa emerge per il futuro?

- Necessità di un maggiore equilibrio tra offerta ospedaliera e servizi sul territorio;
- Attuare la riforma Balduzzi per quanto riguarda le forme associative, specie le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali);
- Attuare politiche di inclusione e compartecipazione del medico di medicina generale;
- Riconsiderare l'attivazione dei presidi distrettuali sociosanitari, reinvestire sui servizi di igiene ambientale e suddividere con chiarezza le funzioni tra ATS e ASST

- Attuare definitivamente la dematerializzazione delle prescrizioni, rinviata per anni rispetto alle altre regioni, e completata in fretta solo dopo l'epidemia di Covid-19 per evitare l'affollamento delle sale d'attesa;
- Rivedere la relazione tra istituzioni che propongono politiche sanitarie e MMG.