

PIANO PANDEMICO INAPPLICATO E MAI AGGIORNATO. ANCHE COSÌ IL CONTAGIO DA COVID-19 È DILAGATO NELLE RSA

MAURO PERINO

La “Fondazione Promozione Sociale” e il “Comitato vittime RSA” hanno espresso il timore che le migliaia di decessi avvenuti nelle Residenze Sanitarie Assistenziali nei mesi scorsi – e che purtroppo minacciano di ripetersi (oltre mille casi di pazienti positivi al Coronavirus a fine ottobre 2020 nelle strutture piemontesi ed oltre cento inviati in ospedale perché gravi) – vengano dimenticati e non si arrivi all’accertamento di eventuali responsabilità dei gestori delle strutture, delle istituzioni regionali e di quelle statali per le rispettive competenze ed obblighi. Non si tratta solo di accertare le responsabilità nella eventuale mancata fornitura dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e nella definizione ed attuazione di protocolli operativi finalizzati alla protezione di pazienti ed operatori delle RSA, ma anche di una più generale questione di violazione dell’obbligo di garantire la regolarità di servizi di livello essenziale, assicurando alle strutture standard organizzativi, di personale, di formazione ed informazione e di supporto sanitario adeguati.

Le Procure che stanno indagando sulla gestione della pandemia da Covid-19, specialmente sulle migliaia di decessi nelle Residenze sanitarie assistenziali - Rsa sono chiamate – da numerosi esposti dei famigliari di pazienti deceduti o ancora ricoverati strutture, da quelli delle associazioni di tutela dei diritti dei malati non autosufficienti (1) – ad un lavoro di accertamento del contesto nel quale queste Rsa operavano, a partire dai livelli istituzionali nazionale e regionale in materia di obbligo di dotare l’Italia e le singole Regioni di Piani per fronteggiare le pandemie – così come raccomandato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) –, di aggiornare questi strumenti e di applicarli correttamente.

Si tenta qui di fornire un contributo che offra un inquadramento storico di queste misure e che possa servire all’accertamento dei fatti e delle eventuali responsabilità, istituzionali e personali, esponendo un punto di vista sullo stato della pianificazione nazionale e della

(1) Cfr. “Esposto dell’Ulces alle Procure: accertare se nelle Rsa sono stati commessi illeciti e se queste strutture sono conformi al diritto alle cure sanitarie per i malati non autosufficienti”, *Prospettive assistenziali*, 210, 2020.

Regione Piemonte all’insorgere della epidemia e sulle conseguenze della stessa sui pazienti delle Rsa.

Misure di risposta alle minacce globali alla salute

Il primo incontro per discutere su come affrontare emergenze di sanità pubblica a livello internazionale è la Conferenza di sanità internazionale di Parigi del 1851 che si svolge a pochi anni di distanza dall’epidemia di colera che ha imperversato in Europa tra il 1830 e il 1847. Un secolo dopo, nel 1948, nasce l’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e, a tre anni dalla sua costituzione, gli Stati membri adottano le “International Sanitary Regulations”. Nel 1969 queste disposizioni vengono sostituite dalle “International Health Regulations” che, a parte le piccole modifiche apportate nel 1973 e nel 1981, rimangono praticamente invariate sino alla revisione del 2005, quando i 196 Paesi dell’Organizzazione mondiale della sanità firmano il nuovo regolamento: l’“International Health Regulations” (Ihr) che entra in vigore il 15 giugno 2007.

Obiettivo generale del nuovo Regolamento: la prevenzione, il controllo, la protezione e la

fornitura di una risposta sanitaria pubblica alla diffusione delle malattie a livello internazionale. Le norme – contenute nelle 80 pagine del testo, disponibile in sei lingue – spaziano dal monitoraggio del rischio di contagio nei punti di accesso frontalieri, alle misure da adottare per la protezione dei dati sanitari personali durante la crisi. Vengono anche indicati i tempi che i Governi dovrebbero impiegare per valutare la situazione ed intervenire dopo la comparsa della nuova minaccia. I Paesi sono tenuti a dichiarare e poi ad affrontare le Emergenze sanitarie di portata internazionale (Public Health Emergency of International Concern, Pheic), tra cui figurano le pandemie. Dopo l'epidemia di Sars del 2003 (la cosiddetta influenza aviaria), l'OMS raccomanda a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico e di aggiornarlo costantemente seguendo le linee concordate.

Dal 2007 si sono verificati sei casi di Pheic: l'influenza H1N1 del 2009 (detta influenza suina); i passi indietro nell'eradicazione della poliomielite nel 2014; l'epidemia di Ebola nel 2014; il virus Zika del 2016 e l'attuale pandemia di Covid-19 (2). Nel caso del Covid-19, l'OMS ha dichiarato l'Emergenza sanitaria di portata internazionale il 30 gennaio 2020, quando sono stati registrati casi di contagio in venti Paesi tra cui Cina, Giappone, Francia, Australia, Germania, India e Stati Uniti. Regno Unito e Italia annunciano, il giorno successivo, di aver riscontrato infezioni da Sars-Cov-2. La dichiarazione dell'OMS ha immediatamente innescato le procedure previste dal già citato regolamento anti-pandemia (Ihr) vigente dal 2007: riunione di emergenza della commissione dell'Organizzazione e pubblicazione di raccomandazioni rivolte a tutti i Paesi, tra cui quella di rivedere urgentemente i Piani di sicurezza e di prepararsi a identificare, isolare e assistere le persone contagiate, cercando nel contempo di bloccare la trasmissione del virus. L'11 marzo l'OMS dichiara ufficialmente la Pandemia: a quel punto Italia, Spagna, Francia e Germania, i Paesi più colpiti in

Europa, avevano già registrato novecento vittime in totale (3).

La situazione in Italia

L'Italia ha recepito le linee guida dell'OMS adottando il "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale", approvato in data 9 febbraio 2006, con il quale è stato sostituito il precedente "Piano italiano Multifase per una Pandemia influenzale" del 2002. Come riportato nel "Sommario esecutivo" del testo, il Piano si sviluppa secondo le sei fasi pandemiche dichiarate dall'OMS prevedendo, per ogni fase e livello, obiettivi e azioni chiave. Come viene specificato nel paragrafo 3 dell'introduzione del Piano, dedicato ai "Principi", «*tali azioni e misure seguono l'accezione dei "Livelli essenziali di assistenza" adottati in Italia, costituendo il minimo essenziale da garantire*» da parte delle Autorità sanitarie nazionali e regionali e dagli altri attori coinvolti nell'adozione delle misure previste per ogni fase (4). Nel successivo paragrafo 4, dedicato alla "Struttura", si chiarisce inoltre che «*nel Piano, reso disponibile anche attraverso il sito web del Ministero della Salute, la colonna relativa a "Stato di avanzamento" riporterà continuamente, nei tempi previsti dal monitoraggio, lo stato dell'arte dell'attuazione del Piano. Vengono, infine, riportate come Allegato al Piano le Linee Guida per la stesura dei Piani regionali*».

Nel "Sommario esecutivo" si riprende l'argomento affermando che molte delle azioni individuate sono già state realizzate, man mano che la situazione epidemiologica lo ha richiesto, e che le Linee Guida nazionali per la conduzione delle ulteriori azioni previste saranno emanate, a cura del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), come allegati tecnici al Piano e saranno periodicamente aggiornate e integrate. Il Ministero della Salute si fa carico, in coerenza con i principi del Piano, di individuare e concordare:

(3) Graham Lawton. *Op. cit.*

(4) CCM, "Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale", linkato in Filippo Curtale, "C'era una volta il Piano Pandemico", *saluteinternazionale.info*, 15 aprile 2010.

(2) Graham Lawton, *New Scientist*, Regno Unito, "Perché i piani anti pandemia non hanno funzionato?", *saluteinternazionale.info*, 18 giugno 2020.

- con la Regioni le attività sanitarie, sia di tipo preventivo che assistenziale, da garantire su tutto il territorio nazionale;

- con i Dicasteri coinvolti le attività extra sanitarie e di supporto, finalizzate sia a proteggere la collettività che a mitigare l'impatto sull'economia nazionale e sul funzionamento sociale, comunque necessarie per la preparazione e per la risposta a una pandemia, nonché gli aspetti etici e legali a supporto delle attività concordate;

- con il Ministero degli Affari Esteri e con gli organismi internazionali preposti gli aspetti di cooperazione internazionale e umanitaria.

Gli obiettivi del Piano, coincidenti con le sei fasi dell'OMS, sono finalizzati a rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

1. Identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.

2. Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovuta alla pandemia.

3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.

4. Assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.

5. Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.

6. Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Le azioni chiave per raggiungere gli obiettivi del Piano vengono così dichiarate:

1. Migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica.

2. Attuare misure di prevenzione e controllo dell'infezione (misure di sanità pubblica, profi-lassi antivirali, vaccinazione).

3. Garantire il trattamento e l'assistenza dei casi.

4. Mettere a punto piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali.

5. Mettere a punto un piano di formazione.

6. Mettere a punto adeguate strategie di comunicazione.

7. Monitorare l'attuazione delle azioni pianificate per fase di rischio, le capacità/risorse esistenti per la risposta, le risorse aggiuntive necessarie, l'efficacia degli interventi intrapresi; il monitoraggio deve avvenire in maniera continuativa e trasversale, integrando e analizzando i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.

Il Sommario si conclude con l'impegno a valutare l'operatività del Piano con esercitazioni nazionali e regionali, cui parteciperanno tutte le istituzioni coinvolte in caso di pandemia. Piano che viene dichiarato suscettibile di periodiche revisioni, al cambiamento della situazione epidemiologica.

L'attuale pandemia – fin dai suoi esordi – dimostrerà che tutto è rimasto sulla carta, senza nessuna applicazione concreta.

Dodici anni di buio

All'atto della dichiarazione di emergenza da Covid-19 del 31 gennaio 2020 da parte del Governo, il nostro Paese disponeva dunque di un Piano che però – secondo quanto sostenuto dal Senatore Gregorio De Falco nell'interrogazione presentata al Senato in data 1° aprile 2020 (5) – «non viene mai citato in nessuna delle decisioni prese dal Governo (...) se si consulta il sito del Ministero della salute, emerge che il testo ricordato è stato pubblicato il 13 dicembre 2007. La pagina è stata aggiornata l'ultima volta il 15 dicembre 2016». Con riferimento alle sei fasi pandemiche ed alle relative azioni da adottare il Senatore afferma che «la gran parte delle attività avrebbe dovuto essere posta in atto dal momento fin della prima notizia del passaggio dell'infezione all'uomo, a fine 2019, atteso che con la Cina vi erano intensi collegamenti e scambi commerciali, quindi ben prima del 31 gennaio 2020, data di dichiarazione dello stato di emergenza da parte del Governo. (...) Dunque non si sarebbe dovuto attendere altro per mettere in atto le misure e le azioni che di fatto sono state attuate, e solo

(5) Gregorio De Falco, "La mancata utilizzazione del 'Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale'", *huffingtonpost.it*, 4 aprile 2020.

in parte, con grave ritardo e con effetti drammatici, esponendo a grave rischio concreto, a parere dell'interrogante, il personale sanitario che, suo malgrado, è divenuto vittima e esso stesso focolaio del contagio; non risulta nemmeno chiaro che cosa sia stato fatto dal 31 gennaio sino al 23 febbraio 2020, data in cui è stato emanato il decreto legge n. 6». L'interrogazione si conclude con la richiesta di sapere se il Governo fosse a conoscenza dell'esistenza del Piano; se il Piano abbia vigenza o se sia stato abrogato e in tal caso con quale atto; perché, nell'ipotesi che il Piano abrogato non fosse stato sostituito, non si sia comunque tenuto conto delle prescrizioni in esso contenute.

Il 20 aprile 2020 il *Corriere della sera* pubblica un'inchiesta che ricostruisce un mese di ritardi nella gestione dell'emergenza (6). Così il sottotitolo: «*La prima direttiva del ministero della salute? Un mese dopo l'arrivo del virus: ecco la lista di errori, omissioni e sottovalutazioni che ha accompagnato questi mesi di emergenza*». In un articolo del giorno successivo, il *Corriere* riporta le dichiarazioni di Andrea Urbani – Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero – secondo il quale «*non c'è stato nessun vuoto decisionale. Già dal 20 gennaio avevamo pronto un piano secretato e quel piano abbiamo seguito. La linea è stata non spaventare la popolazione e lavorare per contenere il contagio*» (7).

La conferma di quanto affermato dal Direttore viene dal verbale del Comitato tecnico scientifico del 2 marzo 2020 (prima secretato e poi, dopo molte pressioni, pubblicato) ove si specifica che «*riguardo al Piano di organizzazione della risposta dell'Italia in caso di epidemia il Cts (Comitato tecnico scientifico. NdR) concorda di adottarlo nella versione finale; il piano sarà sottoscritto da tutti coloro che hanno contribuito al lavoro di ricerca, sarà successivamente validato dal Cts e presentato attraverso il coordinatore degli interventi (...)*

(6) Monica Guerzoni, Marco Imarisio, Simona Ravizza, Fiorenza Sarzanini, "Coronavirus, il ministero ha chiesto i ventiquattro con un mese di ritardo", *corriere.it*, 20 aprile 2020.

(7) Monica Guerzoni, "Coronavirus, "Da gennaio c'è un piano segreto: troppo drammatico per dirlo", *corriere.it*, 21 aprile 2020.

dott. Angelo Borrelli all'on. Ministro Roberto Speranza. Il Cts sottolinea la necessità di mantenere "riservato" il contenuto del piano» (8).

Bisognerà però attendere l'8 settembre 2020 per conoscere – ancora una volta grazie al *Corriere della sera* – il Piano segreto del Governo (9). Secondo i giornalisti che hanno seguito con perizia e costanza tutta la vicenda, **il Piano è stato redatto il 19 febbraio, la stesura finale è datata 22 febbraio 2020.** L'obiettivo dichiarato è quello di garantire un'adeguata gestione dell'infezione in ambito territoriale e ospedaliero senza compromettere la continuità assistenziale, razionalizzando l'accesso alle cure, per garantire l'uso ottimale delle risorse. Si afferma inoltre che l'erogazione di cure appropriate ridurrà la morbilità e la mortalità attenuando gli effetti della pandemia. Vengono poi fissate le priorità: avere scorte adeguate di mascherine, tute e guanti, ma soprattutto maggior disponibilità dei posti in terapia intensiva (10). Dotazioni che – come fanno notare i giornalisti del *Corriere* – sono state insufficienti nelle prime settimane sia per il personale sanitario che per i malati.

Il Piano – stilato anche sulla base di uno studio sull'indice di contagio R0 (11) e sulla riproduzione del coronavirus in Cina realizzato, tra fine gennaio e i primi di febbraio, da Stefano

(8) Fiorenza Sarzanini e Redazione Online, "Cts, pubblicati i primi cento verbali: "Il piano anti Covid del governo va tenuto segreto", *corriere.it*, 4 settembre 2020.

(9) Monica Guerzoni, Fiorenza Sarzanini "Covid, ecco il piano segreto del governo: i tre scenari delineati a febbraio", *corriere.it*, 8 settembre 2020.

(10) «**Guanti e Mascherine.** Gli esperti avevano sottolineato come "le procedure applicate nelle strutture intensive sono ad alta invasività". E per questo prevedevano di "dotare queste unità operative di scorte adeguate di tute 'coverall', maschere, shields (scudi, ndr), cappe, guanti e altri presidi nelle diverse misure e taglie. Le scorte devono essere adeguate al volume atteso di pazienti secondo il livello di attività previsto dall'organizzazione". **Terapie intensive.** Scrivono gli esperti: "Dall'analisi dell'offerta assistenziale-ospedaliera riferita alla terapia intensiva, è emersa una dotazione complessiva nazionale di posti letto pari a 5.324 (di cui 687 in isolamento semplice e a pressione negativa) con un tasso di occupazione dell'85%. Ipotizzando di poter fruire del 15% dei posti letto disponibili con una riduzione dell'attività di chirurgia elettiva del 50% (come previsto negli scenari 2 e 3), si potrebbero liberare progressivamente fino a 1.597 posti letto in TI di cui 103 in isolamento"», Monica Guerzoni, Fiorenza Sarzanini, *Op.cit.*

(11) Con il dato R0 s'intende il numero di nuovi contagi che un singolo caso è capace di generare nel suo periodo infettivo

Marler (12) – simula il possibile andamento dell'epidemia in Italia individuando tra scenari: «Livello di rischio 1: sostenuta ma sporadica trasmissione e diffusione locale dell'infezione»; «Livello di rischio 2: diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul Ssn che risponde attivando misure straordinarie preordinate»; «Livello di rischio 3: diffusa e sostenuta trasmissione locale con aumentata pressione sul Ssn che risponde attivando misure straordinarie che coinvolgono enti e strutture non sanitarie». Questi ultimi due scenari – con indice di contagio a 1,25 e 1,5 – sono quelli che producono il gap più ampio di posti in terapia intensiva. Nel Piano si afferma inoltre che l'esperienza cinese ha dimostrato «l'elevato potenziale epidemico» del virus Sars-CoV-2 e che «le misure di contenimento tempestive e radicali sono efficaci nel ridurre l'*R0* sotto il livello di soglia e nel tener sotto controllo l'epidemia»: viene pertanto sottolineato che «dalla conferma del primo caso di trasmissione locale diventa fondamentale attivare tempestivamente misure di contenimento».

In proposito così si esprime – in un'intervista rilasciata al quotidiano La Repubblica – il ricercatore Stefano Marler: «(...) Nel suo studio il virus impiega oltre 200 giorni per arrivare al caso numero mille. In realtà sono bastate meno di due settimane. Perché? «Speravamo che il virus non fosse già in Italia. Nelle stime conclusive (la versione finale del piano pandemico del 4 marzo, NdR), quel numero diventa 38 giorni. Un valore che conferma che i primi casi risalgono a gennaio e che quello che abbiamo chiamato paziente zero era il paziente mille». Che è accaduto quando abbiamo registrato il paziente zero? «Il giorno dopo su indicazione dell'Istituto Superiore di Sanità ho iniziato a collaborare con la regione Lombardia dove abbiamo fatto la prima ricerca sulla diffusione del virus con dati reali. Lo studio dimostrava che senza lockdown solo in Lombardia avremmo avuto 20 mila morti in un mese». Il lockdown si

(12) «Il Piano contro la pandemia in Italia era vecchio di 12 anni: abbiamo pagato caro». Parla il matematico Merler, autore dello studio segreto», *open.online*, 8 settembre 2020.

sarebbe potuto fare solo in alcune regioni del nord? «All'inizio di marzo misurammo l'*R0* in tutte le regioni e in otto era sopra 3. C'erano anche Toscana, Lazio e Campania. Il lockdown ci ha salvato». Quale è stato il momento più difficile? «La notte tra il 1 e il 2 marzo. Abbiamo passato ore in video conferenza a discutere del caso Bergamo. Quella notte non riuscii a prendere sonno». Che cosa ha imparato da questi nove mesi in prima linea? «Che un piano pandemico serve. Abbiamo pagato un prezzo altissimo **per non averlo aggiornato per dodici anni**» (13).

Sulla situazione dei Piani pandemici nazionali e regionali è intervenuta nei mesi successivi anche la Procura di Bergamo che ha convocato Ranieri Guerra, Direttore generale del Ministero della Salute, Vicedirettore generale dell'OMS e membro del Comitato tecnico scientifico. Il dirigente è stato sentito, nei primi giorni del mese di novembre 2020, in qualità di persona informata dei fatti sul mancato aggiornamento del Piano pandemico nazionale, fermo nella versione del 2016 che ricalca quella del 2006 (14). Il Comitato «Noi denunceremo» che riunisce i familiari delle vittime del Covid-19 ha infatti denunciato, a fine ottobre, che in un rapporto pubblicato sul sito dell'OMS il 13 maggio e poi rimosso nello stesso giorno, venivano evidenziate le criticità emerse nella gestione dell'epidemia e il fatto che l'Italia non aveva sostanzialmente aggiornato il proprio Piano pandemico nazionale dal 2006 (15).

Fornisce più ampie informazioni sulla vicenda del dossier relativo al Piano pandemico italiano, pubblicato e poi sparito dal sito, Giulia Marchina in un articolo al quale è allegato il rapporto dell'OMS (16): «Il 13 agosto scorso il Guardian ha pubblicato un articolo dal titolo: 'Il

(13) Riccardo Luna, «Merler 'Da 12 anni l'Italia è senza un piano pandemico. Ci è costato molto caro'», *La Repubblica*, 7 settembre 2020.

(14) «Coronavirus, Ranieri Guerra (Oms) ascoltato dai pm sul piano pandemico: verbale secretato», *liberoquotidiano.it*, 6 novembre 2020.

(15) Giovanni Trinchella, «Covid, sentito Ranieri Guerra (Oms) dai pm sui piani pandemici. Il verbale è stato secretato», *ilfattoquotidiano.it*, 5 novembre 2020.

(16) Giulia Marchina, «Coronavirus, il dossier sul piano pandemico italiano sparito dolo 24 ore dal sito dell'Oms – il documento», *open.online*, 11 settembre 2020.

piano pandemico italiano è vecchio e inadeguato'. *La definizione non è frutto delle considerazioni del giornale inglese, quanto di un dossier di 65 pagine compilato dal generale dell'esercito in pensione Pier Paolo Lunelli, durante il lockdown scattato dopo lo scoppio della pandemia da Coronavirus. Nel rapporto scritto dal generale si parla di 10.000 degli oltre 35.000 decessi in Italia che sarebbero potuti essere evitati ma non lo sono stati per la mancanza di protocolli anti-pandemici sufficienti. Un altro dossier, invece, era finito il 13 maggio scorso sul sito dell'Oms, l'Organizzazione mondiale per la Sanità. Tema: la risposta italiana alla pandemia. Quel dossier mette in luce tutti gli errori prevedibili, e poi commessi, per mancanza di misure adeguate. Il Guardian lo cita parlando di Lunelli. Ma quel documento sul sito dell'Oms "ci rimane per meno di 24 ore, perché poi sparisce". A denunciare la misteriosa scomparsa è Luca Fusco, il presidente del Comitato "Noi denunceremo" che assiste le famiglie vittime del Covid-19. "L'Italia era impreparata, seppur non del tutto, a un'epidemia quando arrivarono i primi notiziari dalla Cina. Ora abbiamo il documento. Il nostro team ha analizzato tutta la documentazione e oggi le responsabilità emergeranno in maniera chiara e incontrovertibile a partire dal fatto che un membro del Cts ha dichiarato in un'intervista a Repubblica che non esisteva alcun piano pandemico alla data del 31 gennaio 2020", spiega Fusco».*

Il dossier redatto da Pier Paolo Lunelli – ex generale già responsabile della Scuola interforze della Difesa Nbc, che forma il personale militare e ministeriale al contrasto di minacce biologiche, chimiche e radiologiche – è nelle mani dei Pubblici Ministeri di Bergamo che indagano sulla gestione della pandemia (17).

Sanità pubblica e medicina territoriale

Sarà naturalmente la magistratura a dire se il Piano è stato o meno aggiornato e quando. Certo è che anche le linee guida dettate dal

“vecchio” Piano pandemico sono state in gran parte ignorate: così il virus entrato in Italia ha circolato liberamente per settimane e le competenze epidemiologiche italiane non sono state attivate. La denuncia è formulata dal Dirigente medico di sanità pubblica Filippo Curtale in un articolo del 15 aprile 2020 (18): «il risultato è stato che, quando la pandemia è esplosa, gran parte delle risorse disponibili sono andate a potenziare il sistema ospedaliero e di terapia intensiva, con la ribalta mediatica occupata da virologi, esperti di vaccini e di terapia intensiva, mentre ci sarebbe bisogno di capire dove abbiamo sbagliato o cosa si potrebbe fare affinché in futuro i piani pandemici vengano applicati con successo».

Tre sono i campanelli di allarme percepiti: a) il caso primario (caso 0) non è mai stato identificato, quando è stato identificato il caso 1 si era già alla seconda o terza generazione di contagi in Italia; b) il caso 1 è stato identificato per caso, grazie all'intuizione di un anestesista, che non fa parte del sistema di sanità pubblica deputato all'identificazione degli infettivi; c) l'alto numero di cluster ospedalieri e di personale sanitario che si è infettato. «È ovvio che qualcosa non ha funzionato e bisogna cercare di capire cosa, cominciando da una seria analisi delle debolezze del sistema attuale».

Un primo problema è rappresentato dalla gestione degli arrivi: per i viaggiatori provenienti dai paesi dove il virus continua a circolare la quarantena deve essere la regola e bisognerà accettare di essere tracciati (quali paesi si siano visitati prima) e rintracciabili. Altra questione importante è di poter disporre di un sistema integrato di sorveglianza epidemiologica. Il primo obiettivo del Piano pandemico consisteva nell'identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia. Questo obiettivo «prevedeva l'integrazione di diversi sistemi di sorveglianza epidemiologica affidati a una regia nazionale (protocolli di sorveglianza dei viaggiatori provenienti da aree

(17) "Il dossier dell'ex generale sulla strage di Bergamo; 'Con un piano pandemico nazionale contro il Coronavirus avremmo evitato 10 mila morti'", *open.online*, 20 agosto 2020.

(18) Filippo Curtale, *Op.cit.*

infette, degli operatori sanitari, dei casi sospetti e dei contatti, sorveglianza virologica nei laboratori, indagini epidemiologiche dai cluster di sindrome influenzale, dati di mortalità settimanale e accessi al pronto soccorso in un campione di comuni, sorveglianza sentinella dei tassi di assenteismo lavorativo e scolastico in alcuni siti selezionati). (...) Purtroppo, queste attività deputate ai servizi di epidemiologia regionale e ai dipartimenti di sanità pubblica delle aziende sanitarie sono limitate dalla scarsità del personale dedicato».

Vi è poi l'esigenza di definire un nuovo modello di medicina territoriale. Nell'articolo in esame viene riportato un brano della lettera che la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) della Lombardia ha indirizzato ai vertici della Sanità della Regione nella quale si menziona la mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia e la pressoché totale assenza delle attività di igiene pubblica (isolamento dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti, ecc.), come due degli errori occorsi nella gestione dell'emergenza, concludendo che *«la sanità pubblica e la medicina territoriale sono state da molti anni trascurate e depotenziate nella nostra Regione»*. In Italia – osserva Filippo Curtale – non sembra che al ridimensionamento dei servizi ospedalieri abbia fatto riscontro un sufficiente rafforzamento delle strutture diffuse sul territorio e dell'integrazione. Per far ripartire questi servizi è necessario reclutare medici igienisti da impiegare sul territorio e non negli uffici, che lavorino in coordinamento con i medici di medicina generale, per *«farsi carico quindi di tutte le attività che una volta, “quando c'erano ancora le malattie infettive, erano una responsabilità primaria del sistema sanitario nazionale”*». Naturalmente essendo innovativi ed adottando nuovi metodi sperimentati da altri Paesi.

Infine si pongono ancora due importanti problemi. Il primo è rappresentato dal corretto utilizzo del Fondo sanitario per la prevenzione: il 5% del Fondo sanitario nazionale è assegnato ad ogni Regione per attività di prevenzione di malattie trasmissibili e non. Le spese sostenute risultano stabili negli ultimi anni, ma inferiori alla quota percentuale prevista in tutte le

Regioni, a eccezione di tre. Secondo i criteri adottati dall'OCSE, viene speso solo il 2,9% dell'ammontare stanziato. *«Scontando queste limitazioni in questa situazione emergenziale, i servizi territoriali si sono rivelati l'anello più debole di tutto il Servizio sanitario nazionale. Per ripristinare un livello di efficienza accettabile sarà necessario riuscire a spendere tutte le risorse disponibili per la prevenzione e privilegiare le attività di igiene e sanità pubblica, incominciando dal reclutamento del personale necessario»*.

Il secondo e ultimo (non certo per importanza) problema è quello della consapevolezza del rischio infettivo. *«Oltre ai dispositivi di protezione individuale (i DPI), i ventilatori e il personale in questa crisi è mancato qualcosa di meno “materiale”, ma altrettanto importante. Se consideriamo come il virus sia riuscito a circolare indisturbato per settimane e soprattutto quanti operatori sanitari abbiano contratto l'infezione, trasformando gli ospedali nelle maggiori fonti di infezione è evidente che c'è stato un problema di sottovalutazione del rischio infettivo. Questa consapevolezza è andata scemando nel tempo e sarà necessario ricostruirla, con impegno e metodo, assicurando una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia, definendo obiettivi di apprendimento chiari e test pratici per poter operare in ambiente sanitario»*.

Il contagio (e le morti) nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa)

Come si può ben vedere l'obiettivo del Piano pandemico finalizzato a minimizzare il rischio di trasmissione e a limitare la morbosità e la mortalità dovuta alla pandemia (obiettivo 2), attraverso l'attuazione di misure di prevenzione e controllo dell'infezione (azione 2) non è stato certamente perseguito con efficacia. Così come quello di ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali (obiettivo 3) attraverso la messa a punto di piani di emergenza per mantenere la funzionalità dei servizi sanitari e altri servizi essenziali (azione 4).

Una delle principali conseguenze di questo fallimento è stata l'inadeguata protezione delle

persone ricoverate nelle Residenze sanitarie assistenziali: anziani ammalati, affetti da più patologie gravi e, nella gran parte dei casi, non autosufficienti. Come osserva Francesco Pallante: «*Proteggere adeguatamente i più deboli avrebbe dovuto essere un imperativo morale, oltretutto giuridico, in un momento d'inaudita gravità come quello che si stava attraversando. E, invece, non soltanto non sono stati adottati, come nella fase iniziale della gestione ospedaliera, protocolli di protezione idonei a tenere il virus lontano dai luoghi di ricovero, ma si è addirittura deciso di trasferire nelle Rsa i malati di Covid-19 non più bisognosi di trattamenti ospedalieri*» (19).

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato, a partire dal 24 marzo 2020, uno specifico sondaggio sul contagio da COVID-19 nelle RSA (20). La fonte dei dati è costituita da

(19) Francesco Pallante, "Il Servizio sanitario regionale piemontese di fronte alla pandemia da COVID-19", *Il Piemonte delle Autonomie*, 6 agosto 2020.

(20) Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 5 maggio 2020. Il documento è scaricabile in formato pdf dal sito <https://www.epicentro.iss.it/>. È pubblicato sul sito www.fondazione-promozionesociale.it nella sezione Archivio. Ha riguardato le seguenti tematiche: quanti sono complessivamente gli operatori sanitari e di assistenza in attività nella struttura; quanti sono i posti letto; quanti residenti erano presenti nella struttura al 1° febbraio 2020; quanti residenti sono deceduti nella struttura dal 1° febbraio; quanti tra i residenti deceduti nella struttura dal 1° febbraio erano COVID-19 positivi con conferma da tampone; complessivamente quanti tra i residenti deceduti nella struttura dal 1° febbraio presentavano sintomi simil-influenzali, respiratori (per esempio febbre, tosse e dispnea) o polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per Sars-CoV-2); quanti residenti sono stati ospedalizzati dal 1° febbraio; quanti tra i residenti ospedalizzati dal 1° febbraio erano COVID-19 positivi con conferma da tampone; quanti tra i residenti ospedalizzati dal 1° febbraio presentavano sintomi simil-influenzali, respiratori (per esempio febbre, tosse e dispnea) o polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per COVID-19); quanti nuovi ricoveri sono stati eseguiti dal 1° marzo presso la struttura; quanti pazienti COVID-19 positivi (conferma da tampone) sono attualmente presenti nella struttura. Quanti con sintomi influenzali/polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per COVID-19); quali sono le principali difficoltà incontrate nel corso dell'epidemia di coronavirus; divieto di visite ai ricoverati da parte di familiari/badanti (DPCM 8/03/2020); forme alternative di comunicazione tra residenti e familiari/badanti adottate; positività a tamponi per SARS-COV-2 nel personale della struttura; definizione di un piano/procedura scritta di gestione del residente con COVID-19 sospetta o confermata; disponibilità ad una consulenza ad hoc per la gestione clinica e/o di prevenzione e controllo per COVID-19; da chi viene svolta la gestione del residente con COVID-19 sospetto o confermato; possibilità di isolare i

3.417 RSA presenti in tutte le regioni italiane e le due province autonome. La ricerca è iniziata il 24 marzo ed ha coinvolto 3.292 RSA (96% del totale) distribuite in modo rappresentativo in tutto il territorio nazionale. Alle ore 20,00 del 5 maggio avevano risposto al questionario 1.356 strutture pari al 43% delle strutture contattate. Di queste, 92 risultavano private, ma sono state ugualmente incluse nell'indagine.

I risultati del sondaggio indicano che, nella cosiddetta prima ondata dell'emergenza, oltre il 40% dei decessi avvenuto nelle RSA è attribuibile al Coronavirus e nelle strutture si è verificata una grave mancanza di dispositivi di protezione individuale, carenza di procedure codificate per prevenire e contenere il contagio, assenza di personale sanitario qualificato, impossibilità di eseguire i tamponi, difficoltà nei trasferimenti dei residenti infettati in ospedale. In sintesi, come efficacemente afferma la giornalista Milana Gabanelli, «*le Rsa sono diventate dei cimiteri*» e dunque «*i nodi da affrontare subito: un aumento dei posti letto che non diventi conquista solo dei privati, soprattutto per i casi più gravi di fragilità; regole più severe di accreditamento (da far rispettare pena l'espulsione dal sistema); arruolamento di figure professionali adeguatamente formate; una generale riqualificazione professionale degli operatori sanitari; un sistema di finanziamento al passo con la complessità dei casi ricoverati*» (21).

Regione Piemonte ed Rsa

Secondo Francesco Pallante (22) pur non

residenti qualora sia confermata o sospetta l'infezione da COVID-19; presenza in struttura di un registro per la contenzione fisica e per il suo monitoraggio; contenzioni fisiche applicate dal 1° febbraio per la gestione del paziente; rilevazione su eventuale incremento dell'uso di psicofarmaci dal 1° febbraio; registrazione di eventi avversi (incidenti, azioni conflittuali, aggressioni, cadute) dal 1° febbraio; esecuzione di un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza anche con esercitazioni pratiche specifico per COVID-19; esecuzione di un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza sull'uso corretto dei DPI; svolgimento di iniziative per la sensibilizzazione dei residenti relativamente alla prevenzione e controllo del COVID-19.

(21) Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, "Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per i privati", *corriere.it*, 1 novembre 2020.

(22) Francesco Pallante, *Op.cit.*

potendo formulare giudizi compiuti sulla “risposta” che è stata data nella prima fase della pandemia da parte del Servizio sanitario nazionale e da quelli regionali, pare possibile individuare due punti fermi. Un primo punto è che la risposta data nelle diverse Regioni è risultata condizionata dalla pregressa organizzazione dei servizi sanitari regionali: in particolare, ma non solo, dall’esistenza di un servizio di prevenzione individuale e collettiva e di un servizio territoriale adeguatamente strutturati. I servizi prevalentemente incentrati sull’assistenza ospedaliera, hanno infatti gestito l’emergenza in maniera meno efficace, giungendo a saturare le terapie intensive. Il secondo punto è che la risposta è risultata ulteriormente condizionata, in modo altrettanto decisivo, dalle scelte compiute dai vertici politici e amministrativi regionali per far fronte all’emergenza, in un quadro generale in cui è mancata una reale capacità di coordinamento da parte delle competenti autorità statali.

Si sono così verificate – come evidenziato anche dall’indagine nazionale sul contagio – gravi e spesso drammatiche carenze in ordine all’isolamento dei focolai, al monitoraggio e all’assistenza domiciliare dei soggetti sintomatici, alla ricerca dei contagiati e dei malati tramite interventi di tamponamento diagnostico, al tracciamento delle persone positive, alla definizione ed all’applicazione di protocolli di ammissione e dimissione ospedaliera, all’adeguata fornitura di DPI al personale sanitario, all’apertura delle Rsa ai malati da Covid-19 non più bisognosi di cure ospedaliere.

Anche in questo caso, dunque, non sono stati validamente perseguiti gli obiettivi e non sono state efficacemente realizzate le azioni previste dal “Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale”, approvato per il livello nazionale il 9 febbraio 2006 e per quello della Regione Piemonte con la deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2009, n.10-11769, “Approvazione Piano per l’organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive”.

Se del Piano nazionale si dovrà accertare di quanto era “vecchio”, per quanto riguarda la Regione Piemonte è documentato che la versione del 2009 viene aggiornata solamente

dopo la prima fase di emergenza sanitaria, con la deliberazione della Giunta regionale 23 settembre 2020, n.1-1979, “Approvazione dell’aggiornamento del piano pandemico operativo COVID-19. Territoriale e ospedaliero e formulazione di ulteriori indicazioni al Dipartimento interaziendale a valenza regionale ‘Malattie e Emergenze infettive’ e alle Aziende sanitarie e alle strutture del SSR”.

A fugare il dubbio che siano state precedentemente adottate altre deliberazioni di aggiornamento del Piano del 2009, giunge la lettura del disposto dell’atto che, senza far menzione di altri provvedimenti, recita: «di aggiornare la DGR n.10-11769/2009, Approvazione “Piano per l’organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive”, con specifico riferimento all’emergenza COVID-19; (...) di approvare l’aggiornamento del piano pandemico territoriale e ospedaliero come da Allegato A (...); di rinviare ad eventuali successivi provvedimenti l’aggiornamento della DGR n.10-11769/2009, Approvazione “Piano per l’organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive”».

La Regione Piemonte non ha dunque provveduto all’aggiornamento periodico del proprio Piano pandemico redatto «seguendo le indicazioni riportate nelle “Linee guida per la stesura dei piani pandemici regionali”, allegato al Piano nazionale e in accordo con quanto suggerito dall’OMS»; linee che, alla luce di quanto è successo alla popolazione, o non erano più valide o non sono state applicate in modo corretto durante l’emergenza.

Il Piemonte è risultata infatti una delle Regioni maggiormente colpite: la seconda nel Paese per numero di casi e, nella fase più drammatica della diffusione del virus sul territorio piemontese si è, per un certo periodo, registrato il maggior numero di casi attivi rispetto alla popolazione. Nel mese di aprile l’indice dei positivi ogni centomila abitanti è cresciuto a un tasso quasi triplo rispetto all’incremento nazionale e si è collocato dietro alla sola Lombardia.

A tutto il 19 luglio 2020 risultavano in Piemonte 31.536 ammalati e, ufficialmente, 4.119 morti, ma il confronto con i dati della

mortalità del 2019, specialmente per la fascia di popolazione superiore ai 75 anni, lascia intendere che possano essere in realtà molti di più. Il 60% delle morti causate dal COVID-19 si è verificato nelle RSA, per un ammontare di 2.500 vittime, ed ancora al 14 maggio 2020 oltre il 10% dei ricoverati risultava positivo al Coronavirus. Dati indicativi del fatto che vi sono state gravissime carenze nella predisposizione di tutte le misure necessarie per garantire la protezione delle persone ricoverate nelle strutture.

«Lo sviluppo delle cure domiciliari previste dalla legge regionale 10/2010; la drastica riduzione della dimensione delle strutture Rsa, con divieto di accorpamenti elusivi dei limiti; la dotazione di personale sanitario e socio-sanitario in misura appropriata, organizzato in equipe sotto la guida di una direzione sanitaria: sono gli elementi essenziali intorno ai quali dovrà al più presto essere ripensato questo delicatissimo ramo della sanità regionale» (23).

Le responsabilità della Regione Piemonte

Sin dall'immediato occorre però che l'Amministrazione regionale piemontese non venga lasciata al margine dell'accertamento delle responsabilità: la competenza del controllo sul rispetto delle regole e degli standard gestionali nelle Rsa è infatti attribuita alla Regione. Andranno inoltre indagate le ragioni per le quali sono rimaste lettera morta le prescrizioni inviate dal Ministero della Salute sulla gestione dei malati già ricoverati in Rsa contenute nell'«*Aggiornamento delle Linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza Covid-19*» del 25 marzo 2020.

(23) Francesco Pallante, *Op.cit.*

La Regione non ha infatti attivato gli interventi necessari a far sì che si ottemperasse alla disposizione ministeriale che raccomandava di separare nettamente e immediatamente i pazienti positivi dagli altri residenti in Rsa, collocandoli in strutture dedicate, con personale anch'esso dedicato. Non solo, la Giunta regionale ha adottato **la controversa deliberazione della Giunta regionale 20 marzo 2020**, n.14-1150 «*Misure emergenziali per far fronte all'epidemia COVID-19. Modalità di attivazione di posti letto in RSA autorizzate o accreditate. Integrazione alla DGR n.12-1124 del 13 marzo 2020*», sulla base della quale almeno una Azienda sanitaria ha autorizzato l'**invio in Rsa di pazienti positivi al Coronavirus dimessi dagli ospedali** (24). Ciò ha quasi certamente determinato un più ampio diffondersi del contagio tra il personale e tra i ricoverati – affetti da una pluralità di patologie croniche e dunque ad alto rischio di conseguenze letali se infettati – che sono deceduti in gran numero, senza poter beneficiare del conforto dei loro congiunti e spesso anche delle cure palliative e contro il dolore che i servizi sanitari hanno il dovere di assicurare ai sensi della legge 15 marzo 2010, n.38 «*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*».

(24) A quanto è dato conoscere, la delibera in questione (delibera di Giunta regionale n. 14-1150 del 20 marzo 2020) – un atto dalla gestazione, invero, piuttosto travagliata, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione solo il 10 aprile, tre settimane dopo essere stata approvata dalla Giunta regionale, e in un testo differente rispetto a quello che risulta sia stato inizialmente trasmesso ad (almeno) alcune Asl – ha poi trovato limitata, comunque gravissima, applicazione. Si può supporre che a scongiurare scenari ancora più tragici abbia contribuito l'attenzione mediatica, sollecitata dalla Fondazione promozione sociale onlus e dal Csa, rapidamente coagulatesi intorno alla vicenda.