

Filippo Curtale

Il piano pandemico è stato ignorato, il virus entrato in Italia ha circolato liberamente per settimane, le competenze epidemiologiche italiane non sono state attivate.

“Si è scambiata una emergenza, che era di sanità pubblica, per una emergenza di terapie intensive. All’inizio, non sono stati isolati casi, non sono state fatte le indagini epidemiologiche, non sono stati fatti i tamponi ai pazienti, i medici sono andati in giro senza protezione individuale... e soprattutto hanno involontariamente diffuso il contagio”. (Dott. Guido Marinoni, presidente dell’Ordine dei Medici di Bergamo)

La pandemia ha preso tutti di sorpresa, la popolazione, gli esperti, i nostri governanti e soprattutto chi si occupa di sanità. Eppure, sappiamo tutti che non si può abbassare la guardia nei confronti delle malattie infettive. Il “salto di specie” (*Spillover*), responsabile delle epidemie di Ebola e HIV/AIDS sostenute da virus degli animali selvatici, si sta verificato sempre più frequentemente ed ha già causato negli ultimi anni delle pandemie (influenza aviaria A/H5N1 2005, influenza suina A/H1N1, 2009), varie epidemie di coronavirus da pipistrelli e cammelli (SARS 2002-03, MERS 2012), fino all’attuale Covid-19.[1] **Nel 2005 la minaccia mortale di una pandemia era un argomento che occupava le copertine della stampa internazionale.** La *cover story* di TIME, del 17 ottobre 2005, riportava l’allarme degli esperti di sanità sulla pandemia (di influenza aviaria) che stava arrivando, e che avrebbe ucciso milioni di persone, devastato l’economia mondiale e causando la chiusura (*shut down*) di tutto il mondo industrializzato e non. In quegli anni il nostro Ministero della salute metteva a punto il “**Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale**” (Vedi [Risorsa](#)) che definiva obiettivi ed attività da realizzare per evitare di trovarci travolti dalla pandemia.[2]

Gli obiettivi del Piano Pandemico (Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale - CCM 2008)

6. Obiettivi

L'obiettivo del Piano è 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 morbilità e la mortalità dovute alla pandemia.
3. Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed 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 ed il pubblico.
6. Monitorare l'efficienza degli interventi. ■

Pur essendo stati allertati per tempo e trovandoci nelle condizioni migliori per rispondere adeguatamente alla pandemia, ben poco è stato fatto per prevenirla e controllarla. Il piano pandemico è stato ignorato, il virus è entrato in Italia ha circolato liberamente per settimane, le competenze epidemiologiche italiane non sono state attivate, come notano giustamente *Forastiere ed al.*[3] **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 in 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.[4]

Come medico di sanità pubblica, all'inizio dell'epidemia, ho percepito tre seri campanelli di allarme:

- a), il caso primario (caso 0) non è mai stato identificato, quando è stato diagnosticato 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 di rischi 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.

La gestione degli arrivi. Abbiamo imparato a nostre spese il virus passa le frontiere indisturbato. I nostri confini, già difficili da difendere, non esistono affatto con gli altri paesi europei (un problema serio di fronte alla triangolazione dei viaggi). Il problema che si trova oggi ad affrontare la Cina è rappresentato dai contagiati di ritorno, presto dovremo affrontarlo anche noi.[5] Bisognerà definire una nuova gestione degli arrivi accettando, in alcuni casi, intrusioni nella nostra privacy, prima impensabili. Per i viaggiatori provenienti da paesi dove il virus continua a circolare la quarantena dovrà essere la regola. Per ottenere la quarantena fiduciaria bisognerà accettare di essere tracciati (quali paesi si siano visitati prima) e rintracciabili. Tutto questo verrà considerato una contropartita accettabile rispetto alla prospettiva di stare 14 giorni confinati in un ospedale militare e non dobbiamo avere remore a prendere in considerazione tali misure. Chi ormai si oppone agli invasivi controlli di sicurezza instaurati negli aeroporti dopo l'undici settembre, se l'alternativa è non prendere l'aereo?

Un sistema integrato di sorveglianza epidemiologica. Una volta entrato in un paese Covid-19 si mimetizza bene, imitando la comune influenza e utilizzando un'alta percentuale di portatori asintomatici. In futuro bisognerà tenerne conto, sarà necessaria una rete di protezione a più maglie, capace di identificare il virus quando ha ancora una circolazione limitata. **Il primo obiettivo del Piano Pandemico (2008)** 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 infette, degli operatori sanitari, dei casi sospetti e dei contatti, sorveglianza virologica nei laboratori, indagini epidemiologiche dei 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). Un ruolo importante lo potrà svolgere la sorveglianza sindromica accertando ogni settimana il numero di persone affette da una sindrome facilmente identificabile, ma non specifica (per esempio una sindrome acuta respiratoria da agenti infettivi), e sottoponendo a test per il Coronavirus un campione di questi pazienti.[6] 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.

Un nuovo modello di medicina territoriale. La FROMCeO della Lombardia, in una lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda, menziona *"la mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia [e]... la pressoché totale assenza delle attività di igiene pubblica (isolamenti dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti, ecc.)"* come due degli

errori occorsi nella gestione dell'emergenza, concludendo **“La sanità pubblica e la medicina territoriale sono state da molti anni trascurate e depotenziate nella nostra Regione”**.^[7] In Italia non sembra che al ridimensionamento dei servizi ospedalieri, soprattutto in alcune regioni, abbia fatto riscontro un sufficiente rafforzamento delle strutture diffuse sul territorio e dell'integrazione. Per fare ripartire dei servizi territoriali in grado di farsi carico di un sistema di sorveglianza affidabile e portare avanti le misure di sanità pubblica sarà necessario reclutare medici igienisti da impiegare sul territorio, non negli uffici, in numero sufficiente ed equipaggiati con le risorse necessarie, che lavorino in coordinamento con i Medici di medicina generale (MMG) per condurre analisi epidemiologiche, la ricerca sistematica dei contatti, controllare e sorvegliare i casi in isolamento e quarantena, seguire il trattamento domiciliare di quelli paucisintomatici, condurre test a domicilio e controllare che nel posto di lavoro e nei locali pubblici si mantengano le distanze di sicurezza usando i DPI prescritti. **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.**

Allo stesso tempo bisognerà essere innovativi, adottando nuovi metodi sperimentati da altri paesi. Una volta stabilito a chi indirizzare le attività di sorveglianza (contatti, soggetti sintomatici, staff sanitario, ammissioni ospedaliere, sospetti identificati dai MMG, etc.), utilizzare nuove tecnologie (*Thermo scanner, Test Drive-through*), chiedere la collaborazione della polizia per effettuare il *contact tracing* entro le 24 ore (Singapore), adottare strumenti di tracciatura dei contatti tramite telefonino (Corea)^[5] per monitorare condizioni fisiche e mobilità, adottare misure diverse di isolamento per proteggere le persone più a rischio senza esasperare chi ha un basso livello di rischio.

Il fondo sanitario nazionale per la prevenzione. Il 5% del fondo sanitario nazionale è assegnato ad ogni regione per attività di prevenzione (malattie trasmissibili e non). Le spese complessive per la prevenzione sanitaria risultano stabili negli ultimi anni, ma inferiori rispetto alla programmazione del 5% in tutte le regioni, a eccezione di tre. **Secondo i criteri adottati dall'OCSE, viene speso solo il 2,9% di questo ammontare.**^[8] Le regioni si sono rivelate molto più interessate a spendere in ospedali e medicine che in prevenzione, un fenomeno tanto più marcato in quelle che hanno privilegiato la sanità privata. Tra il 2008 e il 2013, mentre la percentuale di spesa per la prevenzione dei fondi regionali è rimasta pressoché costante, si è vista una diminuzione consistente delle spese per la sanità pubblica veterinaria (-3,8%) e per l'igiene e la sanità pubblica (-5,7%), settori tradizionalmente con molto personale, in gran parte ascrivibile alla diminuzione di dipendenti del SSN avvenuta negli ultimi anni a seguito del blocco delle assunzioni. Al contempo, si registra un aumento delle spese per screening e vaccinazioni (+8,7%),

organizzati al di fuori del dipartimento di prevenzione. Scontando queste limitazioni in questa situazione emergenziale, i servizi territoriali si sono rivelati l'anello più debole di tutto il SSN. 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.

La consapevolezza del rischio infettivo. Oltre ai 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. Il nostro personale sanitario ha perso la capacità di lavorare in un contesto di alto 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. La consapevolezza del rischio infettivo non è solo necessaria per evitare la diffusione del virus in ambiente sanitari, ma è un modo per rendere più efficiente un sistema di sorveglianza che si giova anche dell'intuizione del personale di sanità pubblica e di tutti gli operatori sanitari.

Lo scopo di questa riflessione è stimolare una discussione su un nuovo modello di medicina territoriale, di comunità, che dia la giusta rilevanza alle attività di sorveglianza attiva e precoce, per affrontare la fase post-pandemica.^[2] **Un servizio territoriale integrato che preveda team di cure primarie multidisciplinari, ricerca attiva dei casi e dei contatti, assistenza domiciliare dei casi paucisintomatici e dei pazienti dimessi,** basato su nuovi termini di riferimento per i medici igienisti, che dovranno operare nella comunità e non negli uffici aziendali.

Un modello che ridefinisca le attività di prevenzione e controllo dell'epidemia di ritorno, in grado di minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità, aumentando al contempo la consapevolezza del rischio infettivo sarà l'unico modo per tornare ad una vita normale al più presto e proteggerci dalla prossima pandemia. Ci sarà bisogno del contributo dei tecnici come anche di interventi legislativi, a livello regionale e nazionale, gli esempi di collaborazione tra il livello tecnico e quello politico visto in questi giorni ci fanno ben sperare. **Bisognerà evitare che le risorse che saranno rese disponibili per la sanità vengano usate solo per aumentare il numero di posti letto e strutture ospedaliere** e siano invece indirizzate anche per ricostruire il sistema di sorveglianza e

l'operatività dei dipartimenti di sanità pubblica e della medicina territoriale. **Soprattutto, qualunque strategia si adotti è assolutamente necessario che venga applicata uniformemente su tutto il territorio nazionale.** Discutiamo di sanità pubblica, il problema si affronta e si risolve con la prevenzione e le attività di controllo, tutto il resto significa inseguire, e abbiamo visto che non è facile inseguire un'epidemia.

Filippo Curtale. Direttore UOC Rapporti internazionali, INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà).

Risorsa

[Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale](#) [PDF: 590 Kb]

Bibliografia

1. Maciocco G. [Emergenza Coronavirus: tempi di precarietà](#). Epidemie e globalizzazione. welforum.it, 31.03.2020
2. [Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale](#) [PDF: 590 Kb] CCM - Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Ministero della Salute 2008.
3. Forastiere F, Micheli A, Salmaso S, Vineis P. Epidemiologica e Covid-19 in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* (Editoriale) 2020;24 (2). Scaricato il 01.04.2020
4. Nacoti M, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM*, March 21, 2020. doi: 10.1056/CAT.20.0080
5. Gideon Lichfield. [We're not going back to normal](#). Technologyreview.com, 31.03.2020
6. Lipsitch M, David L, Swerdlow P, Finelli L. Defining the Epidemiology of Covid-19 — Studies Needed. *NEJM* 2020;382: 1194-95
7. Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia. Nuova lettera indirizzata ai vertici della sanità lombarda. Milano, 06.04.2020
8. La spesa per la prevenzione in Italia (2006-2013): analisi descrittiva, trend regionali e confronti internazionali. *Epidemiologia & Prevenzione* (2016); 40 (5):374-380. doi: 10.19191/EP16.5.AD01.095