

GESTIONE SANITARIA DELLA PANDEMIA DA COVID 19 DA PARTE DELLA REGIONE LOMBARDIA

1. Le conseguenze dell'impatto della pandemia sulla popolazione in Lombardia sono state devastanti. Dal 21 Febbraio, quando è stato individuato il primo paziente con Covid, fino al 1° Maggio, i casi ufficialmente diagnosticati in Lombardia sono stati 77.002, cioè il 36,8% del totale nazionale, rispetto a una popolazione che è il 16,7% di quella italiana. I morti sono stati 14.189, con un tasso di mortalità cumulativo su 100.000 abitanti del 141,4. Le regioni limitrofe dell'Italia settentrionale hanno registrato tassi assai inferiori: Emilia-Romagna 81,4, Liguria 77,1, Piemonte 71,8, Veneto 30,6, Friuli Venezia Giulia 24,3. La letalità del Covid in Lombardia rispetto ai contagiati è stata il doppio della media nazionale e tre volte quella del Veneto. Il tasso standardizzato di mortalità per Covid rispetto alla popolazione italiana è di 2,45. L'ISTAT ha anche segnalato in Lombardia un rilevante eccesso di mortalità rilevata rispetto alla mortalità attesa, indipendentemente dalle cause, che fa pensare come la mortalità attribuita al Covid sia sottostimata. Se estendiamo il confronto all'Europa, considerando aree geografiche di dimensioni paragonabili, solo l'area metropolitana di Madrid con una mortalità del 123,8 si avvicina, senza raggiungerlo, al dato della Lombardia. Segue a grande distanza il Belgio con 67,8. Fuori dall'Europa solo New York ha da pochi giorni strappato alla Lombardia questo triste primato, con un tasso di 156,7. La provincia di Wuhan in Cina, dove l'epidemia è nata, ha raggiunto al massimo un tasso di mortalità di 35. La Lombardia è dunque un'emergenza mondiale.
2. Il Covid ha colpito prevalentemente persone di oltre 60 anni, che in Lombardia hanno rappresentato il 95% dei decessi. **È accertato che la mortalità in questa popolazione si è concentrata in particolare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA),** dove si sono verificati circa il 50% dei decessi (Allegato 1). In Lombardia ci sono 694 RSA, con circa 64.000 posti letto. Per il 91% sono private accreditate, con una quota residuale di proprietà pubblica. Il processo di privatizzazione di queste strutture, portato avanti dalla Regione e dai Comuni, è stato molto accelerato: nel 2001 erano per il 59% pubbliche. La Regione non ha mai fornito dati sulla situazione delle RSA per cui le conseguenze della pandemia sugli anziani ospiti possono essere solo stimate. Le evidenze più rilevanti derivano da un rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha effettuato una ricerca su un campione di 1.082 RSA in Italia, di cui 266 in Lombardia con 24.250 ospiti. Nelle RSA lombarde dal 1° Febbraio al 14 Aprile sono morte 3.045 persone, di cui 1.645 riconducibili al Covid. Questi rappresentano il 53% su tutti i decessi con un tasso di mortalità per Covid del 6,7%. Si tratta di valori molto più alti della media nazionale, che era rispettivamente del 40% e del 3,3%. Per riferirci alle regioni limitrofe il tasso di mortalità per Covid era 1,3% nelle RSA del Veneto, 1,9% in Piemonte e in Liguria, 4% in Emilia-Romagna (Allegato 2). La situazione gravemente critica delle RSA lombarde riguardo i rischi da Covid per ospiti e operatori, è stata segnalata dai gestori delle RSA il 20 aprile in una lettera al presidente della regione (Allegato 3).

3. Un altro gruppo particolarmente esposto al Covid sono stati gli **operatori sanitari**. Anche in questo caso la Regione Lombardia non ha dato informazioni e dobbiamo rifarci a dati frammentari provenienti da varie fonti che hanno elaborato dati nazionali. In Italia finora sono stati infettati 21.338 operatori sanitari, ma non si sa quanti in Lombardia. Sono deceduti per Covid 154 medici, di cui ben 120 in Lombardia (89 medici di medicina generale e 31 che lavoravano nei servizi ospedalieri e territoriali). Sono più incerti i dati sul personale di altre professionalità, il numero dei decessi tuttavia è stato stimato in 65, di cui almeno 40 in Lombardia. L'INAIL fino al 21 aprile ha ricevuto 20.660 denunce di infortunio per Covid riguardanti operatori sanitari, di cui più del 35% dalla Lombardia (Allegato 4). Le gravi carenze e i ritardi nel dotare il personale di dispositivi individuali di protezione sono stati ripetutamente segnalati fin dal 16 marzo dalla Federazione dei Medici di medicina generale (Allegato 5), successivamente dalla Federazione degli Ordini dei Medici della Lombardia (Allegato 6) e da CGIL, CISL e UIL (Allegato 7).
4. Benchè l'impatto della pandemia sia stato in parte determinato dalla rapidità con cui si è manifestata, non si può dire che la Regione Lombardia non avesse la possibilità di prevederla e prendere le necessarie misure. Infatti, in attuazione del Piano Nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale, **la regione nel 2006 si era dotata di un Piano Pandemico Regionale**, sottoposto a valutazione nel 2010, con assegnazione di fondi alle ASL per le attività di prevenzione e controllo in casi di epidemie (Allegato 8). L'audit valutativo del Piano aveva rilevato alcuni aspetti critici e, tra le altre cose, aveva indicato di incrementare l'assistenza domiciliare e raggiungere un accordo quadro con i gestori delle RSA per un miglioramento dell'assistenza medica e infermieristica. Erano state anche date disposizioni alle ASL affinché si rifornissero di dispositivi individuali di protezione, ne custodissero a deguate quantità e li distribuissero in caso di necessità. Nessuna delle disposizioni del Piano è stata attuata, né alle ATS, che nel 2015 hanno sostituito le ASL, sono mai stati trasferiti i compiti definiti dal Piano.
5. La Regione Lombardia, pur avendo previsto gli strumenti di cui dotarsi per affrontare la pandemia, non lo ha fatto e si è trovata impreparata, con le conseguenze che abbiamo descritto, aggravate da disfunzioni che hanno messo a nudo i difetti di un servizio sanitario centrato sugli ospedali, largamente privatizzato, impoverito riguardo ai servizi territoriali e privo di un'ottica di sanità pubblica. **L'impatto dell'emergenza si è riversato in tutta la fase iniziale esclusivamente sugli ospedali pubblici**. Il settore privato, che negli ultimi anni si è ingrandito assorbendo ingenti finanziamenti regionali, è stato chiamato in ritardo a dare il suo contributo, che è rimasto comunque limitato. D'altronde, anche se teoricamente coordinati dalle ASST pubbliche nel quadro della Rete integrata di continuità clinico assistenziale, gli operatori privati sono organizzati in modo autonomo, sviluppando e gestendo i propri servizi con attenzione ai costi e alle convenienze economiche, non ai bisogni sanitari della popolazione. I posti privati per le malattie infettive sono in Lombardia solo il 6 % del totale regionale e i posti in pneumologia il 7%, a fronte del 74% dei posti in riabilitazione. Inoltre nelle emergenze il privato non è immediatamente disponibile e il suo ruolo al di fuori dei contratti stabiliti con la regione va rinegoziato (Allegato 9). Il personale ospedaliero si è speso al massimo, con un costo umano che ha messo in luce gli effetti di anni di sottrazione di risorse umane e strutturali, indicata in primo luogo dalla riduzione dei posti letto a un tasso assai inferiore a quello delle regioni europee simili alla Lombardia. È stata sottolineata la crisi delle terapie intensive, ma l'insufficienza degli 850 posti disponibili era già emersa due anni fa in circostanze assai meno drammatiche, di fronte al picco di influenza della stagione invernale. Il settore delle cure primarie non ha potuto dare un contributo rilevante a ridurre l'impatto dell'emergenza sugli ospedali. **È stata drammaticamente messa in evidenza l'avvenuta distruzione del ruolo di primo riferimento sanitario per i cittadini e collegamento tra ospedale e territorio dei medici di medicina generale, carenti di mezzi e non sostenuti dalle ATS e dalle ASST, che non hanno svolto un ruolo efficace di coordinamento**. Altrettanto grave è risultata la mancanza di degenze di comunità a bassa intensità e assistenza domiciliare in grado di fornire interventi sanitari e

supporto sociale, tenendo presenti i rischi del prolungato confinamento a domicilio, tra cui l'aumento della violenza domestica. I Presidi Ospedalieri Territoriali e i Presidi Socio-Sanitari Territoriali sono risultati pochi, dispersi e male organizzati. La povertà dei servizi di prevenzione, in termini di risorse umane, economiche, strutturali e tecnologiche, maturata da una politica di desertificazione in atto da decenni, ha impedito che questi facessero da argine all'epidemia. In particolare, ha giocato un ruolo negativo la riduzione ai minimi termini dei Dipartimenti di Prevenzione, a cui secondo l'art. 7 del D.L. n. 502/92 devono afferire tutte le attribuzioni in materia di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione. La Lombardia da tempo investe in prevenzione una percentuale del Fondo sanitario ben al di sotto del 5% stabilito dagli indirizzi nazionali, nonostante questo sia stato confermato dalla LR 33/2009. A malapena si arriva intorno al 4%. A malapena si arriva intorno al 4%. Il personale dei Dipartimenti di Prevenzione si è via via ridotto. Nel solo periodo 2016-2017 si sono persi 290 operatori. Ma andando indietro nel tempo si osserva che tra il 2003 e il 2017 se ne erano persi 1.229 (-35,3%) e il calo è continuato nel 2018. Con molto ritardo le incombenze dei Dipartimenti di Prevenzione sono state scaricate sui medici di medicina generale invitandoli a tenere in malattia i casi sospetti prima per 14 giorni e poi 28, in attesa di poter eseguire tamponi spesso non disponibili. I medici non sono stati incaricati di segnalare al Dipartimento di Prevenzione i casi con sintomi sospetti di Covid e i sindaci non sono stati invitati ad assumere ordinanze di isolamento. È venuto meno il loro ruolo quali autorità sanitarie. Le carenze nella prevenzione sul territorio sono state segnalate il 27.4 in una lettera aperta di cinque ex direttori di Dipartimenti di Prevenzione lombardi, che hanno indicato come problema cruciale l'assegnazione di questi Dipartimenti, strutture operative, alle ATS che hanno funzioni di gestione e controllo, anziché alle ASST. (Allegato 10).

6. A questi problemi strutturali derivanti da scelte politiche si sono sommati errori, omissioni e inefficienze varie. **Non è stato istituito un sistema di sorveglianza epidemiologica** e non sono stati raccolti dati sulla distribuzione e le caratteristiche dell'epidemia e la risposta del sistema sanitario. È risultata particolarmente disastrosa la scelta di lasciare aperto l'ospedale di Alzano Lombardo e di evitare di istituire una zona rossa nei comuni della Val Seriana, come era stato chiesto dall'Istituto Superiore di Sanità. Queste decisioni hanno favorito la formazione di un focolaio di infezione che ha determinato la rapida diffusione del contagio nella zona di Bergamo. **Sono stati eseguiti pochi tamponi nasofaringei per verificare lo stato di contagio nella popolazione.** Al 29.4 in Lombardia ne sono stati effettuati 3.746 su 100.000 abitanti, a fronte di 7.119 in Veneto. Non è stato messo in atto nessun tracciamento dei contagiati o dei casi a rischio di contagio. La situazione delicata delle RSA è stata compromessa da decisioni inopportune sancite in due delibere dell'8 e del 30.3 (Allegati 11 e 12). Nella prima è stato stabilito che gli ospedali potevano inviare nelle RSA pazienti affetti da Covid e nella seconda che le RSA non potevano trasferire i loro ospiti con più di 75 anni (cioè la grande maggioranza) negli ospedali anche quando fossero ammalati di Covid. **Il combinato disposto di queste indicazioni ha fatto sì che le RSA diventassero focolai di infezioni e fossero costrette ad assistere casi per cui non avevano le risorse e le competenze.** Di conseguenza, come risulta dall'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità, nelle RSA lombarde la percentuale di pazienti con Covid trasferiti in ospedale è stata appena del 2,7%, a fronte del 6,8% in Emilia Romagna, 5,2% in Veneto e 4,6% Piemonte, mentre la mortalità ha raggiunto i livelli elevati già citati (Allegato 2). Sicuramente molti anziani sono morti per la mancanza di cure adeguate. Una lista di errori addebitati alla Regione è contenuta nella lettera dei presidenti degli Ordini dei Medici della Lombardia (Allegato 6) e alcuni quesiti rivolti al presidente Fontana sulle insufficienze nella risposta territoriale alla pandemia sono stati sollevati in una lettera dai sindaci delle più importanti città lombarde (Allegato 13). Il sovraccarico degli ospedali per la pandemia sommato alla ridotta attività dei consultori pubblici ha reso più difficile ottenere le interruzioni volontarie di gravidanza, essendo impedito il ricorso all'aborto farmacologico in ambulatorio, ancora più necessario durante l'emergenza Covid anche per limitare il rischio di contagio, come richiesto dalle società scientifiche di ginecologia e ostetricia e dalle associazioni operanti nel settore.

LA PROPOSTA DI ESERCIZIO DEL POTERE SOSTITUTIVO DA PARTE DELLO STATO

Le scelte politiche e l'inefficienza gestionale della Regione Lombardia hanno prodotto gravi danni ai cittadini lombardi. Alcuni danni sono ormai irreparabili o sono stati solo tardivamente e parzialmente corretti, ma riteniamo che chi ha gestito con pessimi risultati la prima fase della pandemia non potrà gestire in modo credibile la delicata transizione alla seconda fase.

Nell'immediato sono urgenti i provvedimenti seguenti:

- **Dotare in quantità sufficiente di dispositivi individuali di protezione** i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e tutto il personale socio-sanitario che opera nei presidi e nei servizi territoriali pubblici e del privato accreditato e non, nelle strutture socio-sanitarie residenziali, sottoponendo tutti a un monitoraggio continuo del rischio di contagio attraverso l'esecuzione di tamponi e di altre misure di sorveglianza che si renderanno disponibili, individuando e tempestivamente isolando i casi infetti, avviandoli ai necessari percorsi terapeutici.
- **Attuare un monitoraggio del rischio** di contagio per gli ospiti delle residenze sanitarie assistenziali e di altre strutture residenziali destinate a disabili o a persone con problemi di salute mentale, attraverso l'esecuzione di tamponi e di altre misure di sorveglianza che si renderanno disponibili, individuando e tempestivamente separando i casi infetti dagli altri ospiti. A tale scopo reperire quando necessario soluzioni residenziali temporanee attraverso la requisizione di alberghi o altre strutture idonee.
- **Predisporre strutture di tipo ospedaliero transitorie**, fuori dagli ospedali, per pazienti Covid con pochi sintomi o necessità di assistenza respiratoria non invasiva, dotati di servizi propri, radiologici e laboratoristici, con personale dedicato appositamente assunto, utilizzando, oltre ai finanziamenti messi a disposizione dai Decreti governativi, anche i fondi delle donazioni pubbliche disponibili.
- **Attuare il monitoraggio a domicilio dei casi infetti in isolamento domiciliare**, dei casi con Covid dimessi dagli ospedali, estendendo il monitoraggio ai contatti a rischio individuati attraverso un sistema di tracciamento. Potenziare a tale scopo le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, rendendone operativa 1 ogni 50.000 abitanti, ampliando la loro operatività attraverso protocolli d'intesa con i comuni. Nei casi in cui un adeguato isolamento a domicilio non sia possibile, reperire soluzioni residenziali temporanee attraverso la requisizione di alberghi o altri edifici idonei.
- **Garantire a tutti i cittadini i dispositivi individuali di protezione**, attraverso una distribuzione gratuita nelle farmacie o in altri presidi territoriali facilmente raggiungibili.
- **Predisporre un piano per la rilevazione dei rischi negli ambienti di lavoro**, l'individuazione e la messa in atto delle misure di sicurezza necessarie per garantire la tutela della salute dei lavoratori e il monitoraggio costante delle condizioni di lavoro, verificando la dotazione di risorse umane, strutturali e tecnologiche delle Unità Operative per la Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro delle ATS. Provvedere, se necessario, al

loro adeguamento anche attraverso l'assunzione delle figure professionali richieste. Garantire le procedure di pulizia, disinfezione e sanificazione nei luoghi di lavoro a rischio Covid secondo il Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid negli ambienti di lavoro di cui alla circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020 del Ministero della Salute.

La Regione Lombardia ha omesso di emanare o dare attuazione, in tutto o in parte, a questi provvedimenti indispensabili per la gestione dell'attuale emergenza sanitaria. Ciò ha configurato in Lombardia l e circostanze di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica e per la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, tra cui il diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione, indicate dal comma 2 dell'art. 120 della Costituzione, che richiedono l'esercizio da parte dello Stato del potere sostitutivo nei confronti della Regione, con la nomina di un commissario ad acta. Di conseguenza chiediamo che il Consiglio dei Ministri dia corso all'attivazione del potere sostitutivo rispetto alla gestione dell'emergenza sanitaria della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 8 della legge 131 del 5.6.2003 riguardante l'attuazione dell'art. 120 della Costituzione. Riteniamo che l'intervento sostitutivo non sia procrastinabile senza mettere in pericolo le finalità tutelate dall'art. 120 della Costituzione e pertanto, come previsto dallo stesso art. 8 della legge 131 del 5.6.2003, chiediamo che il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente, adotti i provvedimenti necessari, comunicandoli immediatamente alla Conferenza Stato-Regioni. Nel presentare questa proposta siamo confortati dal sostegno di oltre 77.000 cittadini che l'hanno sottoscritta e ci sollecitano a portarla avanti. Alleghiamo una puntualizzazione sul sostegno giuridico a quanto proponiamo (Allegato 14) e segnaliamo che l'attivazione del potere sostitutivo da parte dello stato in relazione all'emergenza pandemica è stata suggerita in un articolo pubblicato dal Manifesto il 5.5 dal costituzionalista prof. Villone.

ELENCO ALLEGATI

- ALLEGATO 1 [Forum Diritto alla Salute, Rapporto anziani e RSA](#)
- ALLEGATO 2 [Indagine RSA dell'ISS](#)
- ALLEGATO 3 [Lettera dei gestori delle RSA lombarde](#)
- ALLEGATO 4 [Scheda tecnica dell'INAIL infortuni Covid](#)
- ALLEGATO 5 [Lettera FIMMG](#)
- ALLEGATO 6 [Lettera Ordini dei Medici](#)
- ALLEGATO 7 [Comunicato CGIL, CISL, UIL](#)
- ALLEGATO 8 [DGR IX/001046 del 22-12-2010](#)
- ALLEGATO 9 [M.E. Sartor, La Nebbia sulla Sanità Privata in Lombardia, Centro Studi Sereno Regis, 2019](#)
- ALLEGATO 10 [Lettera aperta di ex direttori dei Dipartimenti di Prevenzione lombardi](#)
- ALLEGATO 11 [DGR XI/2906 dell'8-3-2020](#)
- ALLEGATO 12 [DGR XI/3018 del 30-3-2020](#)
- ALLEGATO 13 [Lettera di sette sindaci al Presidente Fontana](#)
- ALLEGATO 14 [Nota della prof.ssa Cabiddu](#)