



DURANTE LA TEMPESTA 10 NUMERI SU SALUTE E SANITÀ IN PIEMONTE

Il 31 dicembre 2019 la Cina segnalava un cluster di casi di polmonite a eziologia ignota poi identificata come un nuovo Coronavirus Sars-CoV-2, a Wuhan. Il 30 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiarava un'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. La crisi che ne è seguita non ha precedenti nella nostra Repubblica.

Questa Nota intende offrire un'istantanea della situazione in Piemonte, a poco più di un mese dall'inizio dell'epidemia in Italia, consapevoli della rapida evoluzione della realtà.

9,6

Qual è il tasso di letalità della malattia COVID-19? E il tasso di mortalità? In questo periodo di tempesta, i dati rappresentano un po' la nostra bussola: dati quotidiani sul numero di persone contagiate, ricoverate, guarite, decedute, grafici, flussi, scenari e molto

ancora. Senza dimenticare che dietro i numeri ci sono persone, storie, affetti. Ma **orientarsi tra i numeri dell'epidemia non è semplice: spesso i mezzi di comunicazione fanno confusione tra grandezze differenti, quali ad esempio il tasso di letalità e il tasso di mortalità.**

Il **tasso di letalità** è il rapporto tra morti per una malattia e il numero totale di soggetti affetti dalla stessa malattia. Il **tasso di mortalità** è il rapporto tra numero di morti sul totale della popolazione. Un elevato tasso di letalità, peraltro, non sempre significa che si muore di più, ma ad esempio che si diagnostica di meno. Questo potrebbe spiegare l'alto tasso (grezzo) di letalità in Piemonte (9,6% al 6 aprile 2020) e in Italia (12,5%), sapendo che i valori medi nazionali sono trainati dagli elevati valori della Lombardia. Peraltro, il rapido diffondersi della pandemia di COVID-19 è accompagnato da una altrettanto accelerata "infodemia", termine utilizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per indicare "la circolazione di una quantità eccessiva di informazioni, talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili"¹. E, in questo caso, fonti diverse possono fornire numeri diversi, non tutti contano gli eventi allo stesso modo.

Tutti i numeri, pertanto, anche quelli che seguono, vanno letti e interpretati con molta cautela.

1

Il paziente 1: discriminazione e stigma sociale vs. rischio di diffusione della malattia? Il primo caso di polmonite atipica è stato segnalato dalle autorità sanitarie cinesi all'OMS il 31 dicembre 2019. Da allora, un susseguirsi di notizie di contagi hanno popolato

le televisioni, i giornali, i social media di tutti i Paesi, con una focalizzazione sulla situazione cinese, primo focolaio internazionale della malattia COVID-19. Molto rapidamente il virus si è diffuso nel nostro Paese: in Piemonte, il paziente 1 è un uomo di 40 anni che pochi giorni fa ha positivamente superato la fase acuta e critica di malattia. E anche nella nostra regione, la

¹ Neologismi del Vocabolario Treccani.

diffusione di questa nuova malattia è stata inizialmente associata a forme di discriminazione delle persone provenienti dalla Cina, origine dei primi casi di infezione.

Lo stigma sociale, il fatto di associare una malattia ad un paese o un'etnia e per questo tentare di allontanare le persone originarie di quei paesi, oltre ad essere insensato, è controproducente. L'OMS, nel Technical Report del 24 febbraio 2020², avverte infatti che **lo stigma aumenta il rischio di diffusione della patologia**: la paura di essere socialmente emarginati e stigmatizzati, infatti, può spingere le persone a negare i primi sintomi clinici e a non cercare cure mediche tempestive. **Lo stigma va curato tempestivamente con una diffusione delle informazioni obiettiva, scientifica ma comprensibile**. Terapia difficile da erogare in questo periodo, dominato dal già citato pericoloso fenomeno di "infodemia". Lo sforzo dei canali comunicativi dovrebbe essere dunque quello di **mantenere solida la fiducia dei cittadini verso fonti autorevoli** che sappiano guidare le nostre decisioni, soprattutto nel momento in cui ci sono richiesti comportamenti "nuovi" rispetto alle abitudini precedenti.

9

Quali e quante risposte dal Governo per il contenimento del contagio epidemiologico mediante indicazioni di mobilità e limitazioni alle attività? Dal 23 febbraio ad oggi, il Governo italiano ha approvato 9 Decreti del Presidente del Consiglio dei Mi-

nistri (DPCM), attraverso i quali sono state attuate misure limitate inizialmente a trasmettere informazioni alle Autorità circa il transito da territori interessati da focolai (**DPCM del 23 febbraio**), per concentrarsi successivamente sulle Regioni più colpite dall'emergenza (**DPCM 25 febbraio**), introducendo misure inerenti attività sportive, scolastiche e di formazione, culturali, turistiche e di prevenzione sanitaria negli istituti penitenziari.

Seguono i **DPCM del 1° e del 4 marzo**, che introducono modifiche per disciplinare in modo unitario gli interventi e garantire uniformità su tutto il territorio nazionale all'attuazione dei programmi di profilassi, riprese dal **DPCM dell'8 marzo**, che prevede in più provvedimenti particolarmente restrittivi a livello locale (regione Lombardia, province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso e Venezia). Il **DPCM del giorno dopo, 9 marzo**, estende le misure restrittive disposte dal precedente DPCM a tutto il territorio nazionale sino al 3 aprile 2020. Ma bisogna aspettare il **DPCM dell'11 marzo** per la chiusura, sino al 25, di tutte le attività commerciali al dettaglio, ad eccezione dei negozi di generi alimentari, di prima necessità, delle farmacie e delle parafarmacie, e il **DPCM del 22 marzo** per la chiusura di attività produttive non essenziali o strategiche, con effetto sino al 3 aprile, prorogate poi al 13 aprile dal **DPCM firmato il 1° aprile**.

3

Nel contesto nazionale, qual è la posizione del Piemonte per numero di casi COVID-19? Le risposte del Servizio sanitario sono appropriate? Al 6 aprile 2020 il Piemonte, secondo i dati diffusi quotidianamente dalla Protezione Civile, è la terza regione d'Italia

per casi di COVID-19. I 10.545 casi positivi rappresentavano l'11% dei casi complessivi a livello nazionale. **Il Piemonte era anche la terza regione italiana per numero di vittime**, con 1.251 deceduti, il 7,6% delle vittime complessive da COVID-19 in Italia. Dei casi positivi, il 4,2% era ricoverato in terapia intensiva (la percentuale si sovrappone esattamente a quella nazionale) e il 33%

² https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200224-sitrep-35-COVID-19.pdf?sfvrsn=1ac4218d_2

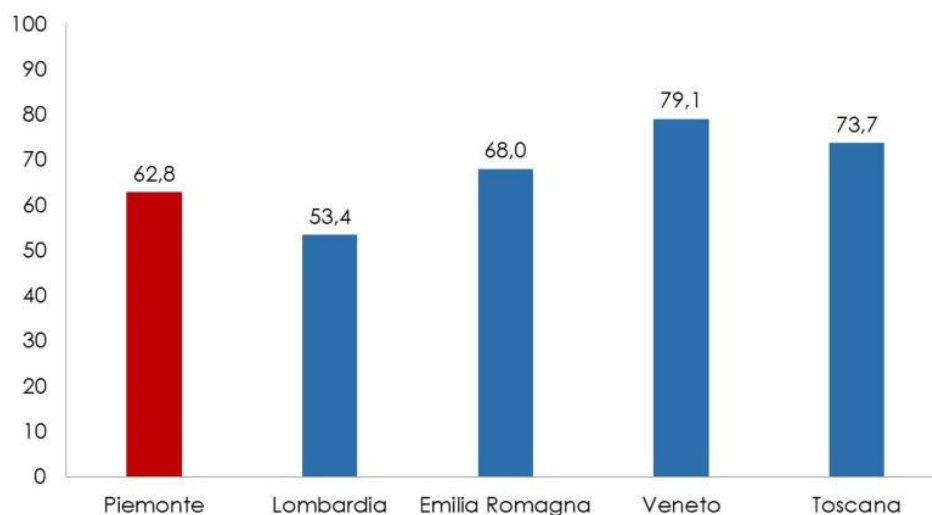
in altri reparti ospedalieri (la media nazionale era il 31%), generalmente pneumologia e malattie infettive. **In questi giorni si è parlato molto della carenza di posti letto in terapia intensiva, come risposta ai bisogni più complessi dei pazienti affetti da COVID-19. Ma nella nostra Regione si è davvero de-ospedalizzato troppo?** Il Piemonte faceva rilevare, nel 2018, secondo i dati diffusi dall'ISTAT³, un numero di posti letto in terapia intensiva leggermente inferiore rispetto a quello nazionale, se rapportato agli abitanti (317 posti letto, 0,7 per 10.000 abitanti, a fronte dei 5.293 complessivi presenti in Italia, 0,9 per 10.000 abitanti). Mentre a livello nazionale i posti letto in terapia intensiva dal 2010 al 2018 sono cresciuti del 9,9%, in Piemonte sono diminuiti del 6,5%. Tali valori sono stati raddoppiati nelle ultime settimane: i posti letto in terapia intensiva sono oggi più di 600. Nel complesso, i numeri richiamati desterebbero meno preoccupazione se, per completare i percorsi dei pazienti affetti da COVID-19, si aggiungessero posti di sub-intensiva respiratoria, accompagnati da dimissioni protette, ma...

63 %

... A fronte del diffondersi dell'infezione, è sufficiente una risposta limitata al solo aumento dei posti letto in terapia intensiva o negli altri reparti ospedalieri interessati? Sicuramente no, la battaglia

si vince sul territorio, come si dice da più parti, curando i pazienti prima che si aggravino e che abbiano bisogno dell'Ospedale, sfruttando le potenzialità delle Cure primarie, dei medici di famiglia, infermieri e altre professionalità del territorio della ASL. In Piemonte, al 6 aprile 2020, il 63% dei 10.545 pazienti affetti da COVID-19 era in isolamento domiciliare (65 % media nazionale), in molti casi purtroppo con una copertura dei servizi sanitari ancora da perfezionare.

Tavola 1 – Percentuale di casi in isolamento domiciliare al 6 aprile 2020



Fonte: Dipartimento della Protezione civile, dati diffusi quotidianamente

Qual è la strada per erogare servizi di prossimità ai cittadini? A livello nazionale il Decreto-legge n.14 del 9 marzo 2020 ha disposto, ai fini di intercettare i pazienti a uno stadio precoce della malattia, l'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), una ogni 50 mila abitanti. I medici di famiglia, a seguito del primo triage telefonico, devono comunicare all'USCA il nominativo e l'indirizzo dei pazienti che potrebbero evolvere in modo più problematico.

³ Memoria ISTAT "Esame del disegno di legge A.S. 1766", 26 marzo 2020.

Medici e infermieri dell'USCA, debitamente attrezzati e protetti con i dovuti Dispositivi di Protezione Individuale, si recano nelle abitazioni dei malati per controllare lo stato di salute, effettuare diagnosi di coronavirus, determinare la saturazione dell'ossigeno nel sangue, praticare eventualmente l'ecografia al torace, fornire i farmaci necessari. Il Piemonte fa rilevare alcune buone pratiche nell'ASL di Alessandria, quali il Progetto COVID a casa, che prevede interventi precoci al domicilio, ai primi sintomi. Altre ASL del Piemonte hanno all'avvio Protocolli che prevedono interventi precoci domiciliari, come effettuato in altre Regioni quali l'Emilia-Romagna.

39 %

Quanti gli anziani ammalati di COVID-19 in Piemonte? “Aniché accudire gli anziani corriamo il rischio di farli ammalare e morire di COVID-19”. È il grido di aiuto di uno dei dipendenti delle circa 800 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) del Piemonte, deputate alla

presa in carico di anziani non autosufficienti. **Secondo i dati diffusi giornalmente dal SEREMI (Servizio di riferimento regionale di Epidemia per la Sorveglianza), al 6 aprile 2020 il 39% dei contagiati complessivi da Coronavirus, in Piemonte, erano anziani con più di 70 anni: gli ultrasettenni rappresentano il 19% della popolazione piemontese.** Il virus è molto più letale per gli anziani, in buona parte già portatori di altre patologie. Nella survey avviata a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità sul contagio da COVID-19 nelle RSA (dal Piemonte ha risposto circa il 50% delle strutture), il tasso di letalità tra ospiti con infezione da COVID-19 è risultato del 37,4%.

8 %

Le donne contagiate e decedute rappresentano una percentuale più bassa rispetto agli uomini? Secondo il Bollettino dell'Istituto Superiore di Sanità del 2 aprile 2020, su 106.399 persone contagiate a livello nazionale le donne rappresentavano il 45%. **Mentre gli uomini deceduti sono il 15% del totale dei contagiati, le donne decedute rappresentano soltanto l'8%.**

Per gli uomini, la classe di età con il numero più elevato di casi è quella tra i 70 e i 79 anni, per le donne quella tra i 50 e i 59. Quali possono essere le possibili spiegazioni di queste differenti percentuali di contagio tra i sessi? Si va da motivazioni biologiche a stili di vita diversi tra uomini e donne: le donne fumano meno, ad esempio, e il fumo rappresenta un fattore di rischio. Quest'ultima ipotesi apre la strada a interpretazioni diverse dei dati, che collegano il rischio ai comportamenti più che non alle categorie di popolazione.

0

Qual è il tasso di letalità da SARS CoV2 in età neonatale e infantile nella nostra Regione? In Piemonte, i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, aggiornati al 6 aprile⁴, attestano che su una popolazione di circa 350 mila bambini tra 0 e i 9 anni⁵, si sono segnalati 46 casi di

infezione (lo 0,4% del totale dei contagiati in Piemonte), ma nessun decesso⁶. Come già rilevato dalle prime analisi epidemiologiche condotte in Cina⁷, i bambini paiono meno recettivi alla

⁴ Disponibili al sito: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_6-aprile-2020_appendix.pdf

⁵ Dati Piemonte Statistica e B.D.D.E. Saldo anagrafico al 31/12/2018 per età 0-9: 346.343.

⁶ In Italia, ad oggi, è avvenuto un solo decesso in questa fascia di età, su un totale di 831 casi positivi.

⁷ Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Feb 24.

Dong Y et al.. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. Pediatrics. 2020 Mar 16. Lu X et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. N Engl J Med. 2020 Mar 18.

malattia COVID-19 e, se infettati, sviluppano forme di malattia più lievi: i sintomi più frequenti sono la febbre, sintomi respiratori quali congestione nasale, tosse, mancanza di fiato, ma quest'ultima non frequente, e sintomi gastroenterici quali vomito e diarrea, forse più caratteristici dei bambini. Non è ancora chiaro perché i bambini si ammalino di meno o abbiano forme meno gravi.

Più importante pare ora **mitigare il possibile impatto che le misure di contenimento del contagio possono avere sui 9 milioni 39 mila e 741 alunni chiamati a restare presso il proprio domicilio per prolungati periodi di tempo**. È necessario infatti tenere presente che la chiusura prolungata delle scuole e l'isolamento durante un'epidemia, se non ben gestiti, potrebbero avere anche effetti negativi sulla salute fisica e mentale dei bambini⁸. In aiuto ai genitori, l'OMS⁸, come molte altre Istituzioni⁹, hanno pubblicato raccomandazioni e strumenti utili per supportare i ragazzi in questi periodi delicati: occorre pensarci oggi per prevenire danni alla salute dei nostri adulti di domani.

2,4 volte

È la maggiore probabilità di essere ricoverato in terapia intensiva per i fumatori affetti da COVID-19 rispetto ai non fumatori.

Sebbene questi dati siano preliminari e derivino dai paesi nei quali l'epidemia si è sviluppata prima che nel nostro (ad esempio Cina, Corea del Sud), sono dati importanti. **Un terzo in più dei fumatori positivi alla malattia COVID-19 presentava all'atto del ricovero una situazione clinica più grave dei non fumatori e per loro il rischio di aver bisogno di terapia intensiva e ventilazione meccanica è più che doppio**¹⁰. La prevalenza di fumatori in Cina è molto elevata e supera il 50% mentre quella delle donne è inferiore al 3%¹¹.

I numeri in Italia sono importanti: i fumatori sono 11,6 milioni, il 22% della popolazione di età superiore ai 15 anni, tra i quali sono oltre 7 milioni gli uomini. Tra gli studenti di età compresa tra 14 e 17 anni fumano abitualmente il 11,1% e occasionalmente il 13,4%. Sono ormai robuste e note le evidenze scientifiche che denotano come l'abitudine al fumo sia associata ad un impatto negativo sulla salute polmonare e sia fattore causale di una pletera di malattie respiratorie.

L'attuale pandemia potrebbe rappresentare un "momento di insegnamento"¹² in cui i fumatori potrebbero essere particolarmente ricettivi alle raccomandazioni di smettere di fumare. Infatti, non solo è dannoso il fumo in sé: l'atto di fumare comporta movimenti ripetitivi mano-faccia, che possono rappresentare una via di ingresso facilitata per il virus nella mucosa orale del fumatore.

10 miliardi

Politiche diverse producono risultati diversi? La governance sanitaria travolta dall'epidemia. L'aspetto inedito dell'attuale epidemia è quello di **porre al centro la salute delle comunità**, frutto dei comportamenti e del senso di responsabilità dei singoli individui. Le responsabilità della salute nelle nostre comunità sono condivise, in Italia, tra lo Stato,

⁸ Disponibili al sito: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

⁹ Si vedano ad esempio le raccomandazioni di: Società di pediatria preventiva e sociale: <https://www.sipps.it/COVID-19/genitori/>; Società Italiana per lo Studio dello Stress Traumatico (SISST): <https://www.sisst.it/la-comunicazione-ai-tempi-del-covid-19-2/>.

¹⁰ Constantine I. Vardavas, Katerina Nikitara . COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tob. Induc. Dis. 2020;18(March):20.

¹¹ Pacifici R, Istituto Superiore di Sanità, disponibile al sito:

https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5294087

¹² COVID-19: The role of smoking cessation during respiratory virus epidemics. Simons D, Perski O, Brown J. March 20, 2020 BMJ Opinion. Disponibile al sito: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/20/covid-19-the-role-of-smoking-cessation-during-respiratory-virus-epidemics/>.

che determina i Livelli di Assistenza da erogare sul territorio nazionale e le Regioni, che programmano e gestiscono la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza. Ma l'imprevedibilità e la complessità dell'attuale situazione stanno mettendo a dura prova principi e strumenti della programmazione sanitaria.

In questa prima fase dello sviluppo dell'epidemia COVID-19 alcune regioni si sono attenute maggiormente alle indicazioni delle autorità centrali, delimitando, ad esempio, il profilo delle persone cui effettuare i test diagnostici. Altre Regioni, per contro, hanno adottato un approccio più proattivo al contenimento del virus, prevedendo tracciabilità dei casi, assistenza al domicilio dei pazienti e protezione sanitaria dei lavoratori.

Cosa servirà nella "Fase 2" delle politiche sanitarie? Innanzitutto, un forte coordinamento centrale delle linee di governo del sistema, concertando adeguati spazi di autonomia regionale. A livello locale occorrerà prevedere una maggior flessibilità delle organizzazioni sanitarie che gestiscono i servizi: dovranno lavorare a nuove modalità di raccordo tra i servizi sul territorio e quelli ospedalieri. Per tutto questo occorrerà prevedere le risorse necessarie. **Non dimentichiamo che oggi il settore si rivela strategico, ma non sembra essere stato considerato tale nell'ultimo decennio in sede di finanziamento del Servizio sanitario che, secondo gli esperti, oggi è sotto finanziato per almeno 10 miliardi di euro.**