

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

LE SFIDE DEL COVID-19: CAPITOLO QUATTRO LA PANDEMIA NELLE AREE DEL SISMA: LA SANITÀ CHE TREMA

INTRODUZIONE

Marcello Portesi, *Direttore Progetti Speciali IHPB*

Proseguono con questo numero le riflessioni che Italian Health Policy Brief intende stimolare intorno alle problematiche, alle sfide e agli inquietanti interrogativi che la pandemia COVID-19 pone al nostro sistema sanitario e, più in generale, al nostro Paese.

In questo numero IHPB ha ritenuto di portare la propria attenzione sui territori di Marche, Umbria, Lazio e Abruzzo colpiti e martoriati dal sisma del 2016.

Lo ha fatto affidandosi alla penna di Daniele Pallotta, un giornalista che in quei territori vive e che di quella vicenda è stato in parte anche vittima; egli ha cercato di portare l'attenzione sul difficile quadro sanitario di queste aree: sull'incertezza del presente e sulle molte complessità che incombono su quella che potrà essere la risposta sanitaria del futuro prossimo, nel momento in cui molte strutture sanitarie sono ancora compromesse dagli esiti del terremoto e una parte della popolazione è anziana e distribuita in un territorio orograficamente molto complesso.

Un quadro completato da tre interviste: al Commissario straordinario per la ricostruzione, Giovanni Legnini, al Presidente della Regione Marche, Luca Ceriscioli, e a quella della Regione Umbria Donatella Tesei.

INTERVISTA A LUCA CERISCIOLI

Presidente Regione Marche

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER REALI RISPOSTE AI PAZIENTI

“Il ruolo delle USCA, le nostre forze speciali, e l'attenzione agli anziani. Questo ci ha risparmiato una situazione sicuramente peggiore nelle Marche”

(...segue a pag.4)

INTERVISTA A DONATELLA TESEI

Presidente Regione Umbria

PAROLA D'ORDINE: RIORGANIZZAZIONE

“La pandemia, in brevissimo tempo, ci ha obbligati a rimodulare, per alcuni aspetti anche radicalmente, l'assetto organizzativo dell'intero sistema sanitario”

Quali complessità gestionali dei servizi ci sono state nel periodo del lock-down e quale impatto hanno avuto...

(...segue a pag.7)

INTERVISTA A GIOVANNI LEGNINI

Comm. Straordinario alla Ricostruzione per le Aree del Sisma

RICOSTRUIRE CON CORAGGIO, PER TORNARE A VIVERE.

Avvocato, già vicepresidente del Consiglio Superiore della Magistratura, Giovanni Legnini dal febbraio di quest'anno ha assunto l'incarico di Commissario Straordinario alla Ricostruzione per le Aree del Sisma.

(...segue a pag.10)

IL PRIMA E IL DOPO

Daniele Pallotta, *Giornalista*

Partiamo da qui: da un prima e da un dopo. Ci sono due date che per alcune regioni d'Italia - quelle di Marche, Umbria, Abruzzo e parte del Lazio - segneranno, e per sempre, una linea di confine nell'appuntamento con la storia: sono quelle dell'agosto 2016 e, meno di quattro anni dopo, del febbraio 2020.

La prima ha fatto crollare, spazzando via con una serie infinita di violente scosse di terremoto, la quotidianità e i sogni di migliaia di famiglie e ha finito per seppellire sotto le macerie ben 300 persone.

Mentre il febbraio del 2020 sarà piuttosto ricordato per aver portato nel mondo una delle più violente pandemie degli ultimi secoli. Una disgrazia globale che ha travolto ogni cosa sotto una gigantesca onda chiamata Coronavirus. Un disastro che, solo in Italia, ha già fatto 35mila vittime e raddoppiato il numero delle persone colpite dal sisma stesso, registrando almeno altrettanti casi di pazienti infetti. Il Covid-19 nelle regioni centrali del Bel Paese piegato e piagato dal sisma, si è portato dietro di sé la stessa devastazione di una guerra. Com'era stato con le scosse del 2016 e forse anche di più.

Un terremoto nel terremoto, ripetono tra Amatrice, L'Aquila, Norcia, Cascia e Arquata del Tronto e in molte altre realtà. Piccoli centri di provincia divenuti, improvvisamente, capitali di una sciagura che qui ha davvero cancellato, e per sempre, la storia. Tante, troppe, le vittime. E ora, in molti, sono veramente convinti che una nuova storia non si potrà mai più riscrivere.

Che, per colpa degli eventi più recenti, un passato in certe zone d'Italia non ci sarà più, che un presente tarderà a venire e che, di certo, un futuro non sarà mai come quello sperato da generazioni e generazioni perché tanti, in queste terre, non ci metteranno, di sicuro, mai più radici. Tutto cancellato. Il nostro viaggio parte da Camerino, città ducale e antica sede universitaria che ai tempi della signoria dei Da Varano scrisse un patto tra eguali con Roma, un vero e proprio *Aequum Foedus*.

Da qui, col terremoto, tanti giovani sono emigrati verso

la costa maceratese o in altre città da una delle province più belle d'Italia. Se ne sono andati per sempre e mai più ritorneranno.

A febbraio poi, come se non fossero già tanti i danni provocati dal sisma, molto più veloce di una ricostruzione mai partita è arrivato il Covid e d'improvviso, dalla sera alla mattina, tutto è cambiato.

Qui un ospedale è stato chiuso e riconvertito. Un Dea di primo livello, con rianimazione e Utic, è diventato un Covid Hospital. L'emergenza che fa posto all'emergenza. È successo qui, è successo altrove. E non ci sarebbe nulla di male in tutto ciò. Ma nelle aree del sisma, dove le scosse prima e la pandemia dopo tutto hanno cambiato, anche la sanità oggi sembra davvero tremare. Perché dopo il terremoto e dopo il Covid si ha paura che le cose poi cambieranno ancora. E di nuovo.

Tante le problematiche che le due sciagure hanno fatto emergere portandole alla luce. Tra presidi danneggiati e strutture indisponibili, ora come allora si contano non solo i danni, ma si fanno i conti e si elaborano strategie. Lo fanno le direzioni delle aziende sanitarie, che alla legge dei numeri spesso devono riportare le cose.

Modificando situazioni senza guardare in faccia a nessuno. Lo fanno i politici che, sempre alla legge dei numeri, per forza di cose si devono aggrappare per la propria e l'altrui sopravvivenza.

E accade così che le zone dell'entroterra, che sono le zone del centro Italia devastato dal sisma e schiacciato dal Covid, ora si trovino a dover ripartire da zero. Con poche speranze nel presente, nessuna memoria per il passato e pochissime speranze pure per il futuro.

UNA SANITÀ FERITA

Difficile una soluzione. Difficile addirittura una programmazione. Per il terremoto ci hanno provato i Commissari delegati alla ricostruzione: da Vasco Errani all'attuale ministro dei Trasporti, Paola De Micheli, da Piero Farabollini all'ex giudice Giovanni Legnini, l'ultimo arrivato, che sta riscrivendo molte norme e tentando di aprire una strada, guadagnare un varco, ridare una speranza a intere comunità.

Ce la farà? Chissà. Per ora il suo impegno è davvero molto. Per la sanità, invece, tutto sembra molto più complicato. Oltre agli edifici, ospedali e case di riposo, il presente deve fare i conti con l'impatto organizzativo per la gestione delle cronicità e di alcune particolari patologie, con le difficoltà della medicina del territorio, con la complessità gestionale dei servizi sanitari che hanno caratterizzato il lungo periodo di lockdown, con l'impatto che il Covid ha avuto non solo sull'offerta di questi servizi ma anche su ciascuna delle singole patologie.

Perché è chiaro che per curare il Coronavirus tante cose sono rimaste indietro. E quando si scrive che tante cose sono rimaste indietro si deve leggere che ci sono non solo interventi da recuperare ma anche screening da effettuare e trend di malattie da rivedere.

E il terremoto qui c'entra poco, anche se le parole scritte su di un lenzuolo bianco appeso a uno dei tanti edifici pericolanti di Arquata del Tronto - "Noi non stiamo a casa dal 24 agosto 2016" - danno l'idea di come tra Covid e sisma non si capisca bene, da queste parti, quale sia il peggiore dei mali. Solo in ambito sanitario tra Marche, Umbria, Abruzzo e Lazio il terremoto si è portato via gli ospedali di Amatrice, Rieti, Spoleto, Norcia, Cascia e Tolentino. Danni ingenti, a causa delle scosse, si sono poi registrati a Matelica e lavori importanti dovranno essere effettuati a San Severino Marche e Macerata.

Covid e scosse sono legati indissolubilmente nelle regioni dell'Italia centrale martoriata dalla malasorte. Il primo ha addirittura fatto fermare i cantieri della rico-



Farmacia allestita in un container

struzione per un lungo periodo, le seconde hanno distrutto, o danneggiato, tanti complessi ospedalieri ma anche Rsa e poi distretti sanitari, presidi di guardia medica, poliambulatori. La lontana luce al di là del tunnel della ricostruzione in queste terre è già offuscata dalle ombre che annunciano scandali e dalle solite polemiche che arrivano, puntuali, quando qualcuno prova a fare qualcosa.

A Civitanova Marche, nel Maceratese, per arginare la pandemia in poche settimane è stato aperto un Covid Hospital da 12 milioni di euro.

Gli abitanti del posto l'hanno subito ribattezzato, in aperta polemica con gli ideatori del progetto, l'"astronave". Le opere, seguite dall'Ordine di Malta, hanno permesso di riconvertire in tempi record un'ex Fiera trasformata in un edificio gemello di quello realizzato a Milano sotto l'attenta regia di Guido Bertolaso che ha lavorato qui come nel capoluogo lombardo mettendoci la faccia e assistendo, in prima persona, al cantiere.

Il risultato? Dopo una decina di giorni dall'apertura, visto che i numeri di chi necessitava di una terapia intensiva erano crollati, la struttura è stata chiusa e subito si è gridato allo scandalo. Ma se poi l'emergenza tornerà a farsi sentire? Una struttura almeno qui, a differenza di altrove, oggi c'è ma la polemica divampa.

Un po' come le opere pubbliche realizzate dopo il sisma. I privati gridano: "Prima le case" non rendendosi conto che serve anche una socialità. E che per fare una socialità servono scuole, chiese e caserme dei carabinieri, come raccontavano i nostri nonni. Ed allora, terremoto prima e Coronavirus dopo, ecco che è giusto ripartire da qui: da un prima e da un dopo.



Terremoto, crolli all'ospedale di Amandola, nel Fermano

INTERVISTA A LUCA CERISCIOLI

(continua da pag 1)

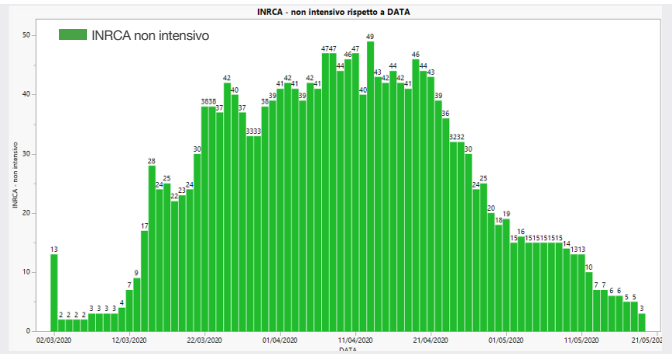
L'assistenza a domicilio, quasi "porta a porta" nella fase 1, e poi l'attenzione massima agli anziani perché i marchigiani gravitano spesso in un'età critica. È passata da queste due situazioni la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19 nelle Marche. Una regione modello da sempre per com'è strutturato il sistema sanitario regionale ma che, durante la pandemia, ha fatto scuola a molte altre regioni d'Italia. Merito di un'organizzazione che con rapidità ed efficienza ha saputo cambiare per affrontare una situazione nuova. I malati qui non sono andati ad intasare gli ospedali e portare focolai in corsia, qui unità speciali di continuità assistenziale si sono mosse per venire incontro ai pazienti sul territorio. E la scommessa, alla fine, è stata vinta.

Presidente Ceriscioli, quali complessità gestionali dei servizi sanitari ci sono state nel periodo di lock-down e quale impatto hanno avuto sull'offerta dei servizi sanitari?

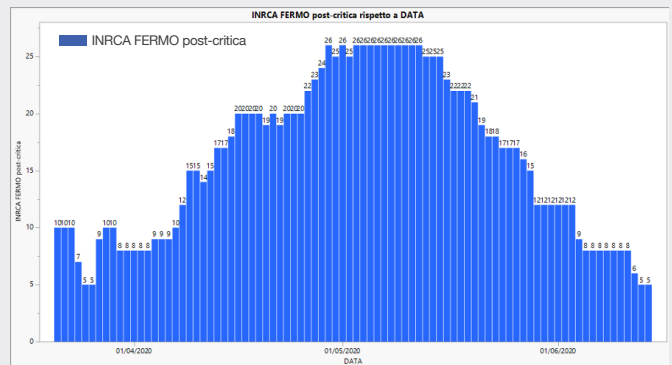
Tutto il sistema assistenziale regionale marchigiano ha dovuto modificarsi e riorientarsi per dar corso al miglior sistema assistenziale possibile e per andare incontro ad una dimensione di vita sociale che è risultata completamente sovvertita.

Può farci quale esempio?

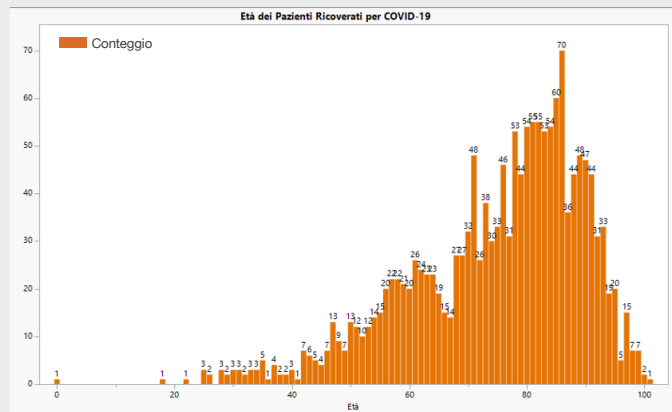
La novità principale l'hanno fatta registrare le nostre Usca - le Unità Speciali di Continuità Assistenziale - che, costituite con massima rapidità, sono state immediatamente messe a disposizione dei cittadini per raggiungerli al loro domicilio e garantire, quindi, le visite ma anche l'esecuzione dei tamponi pure in



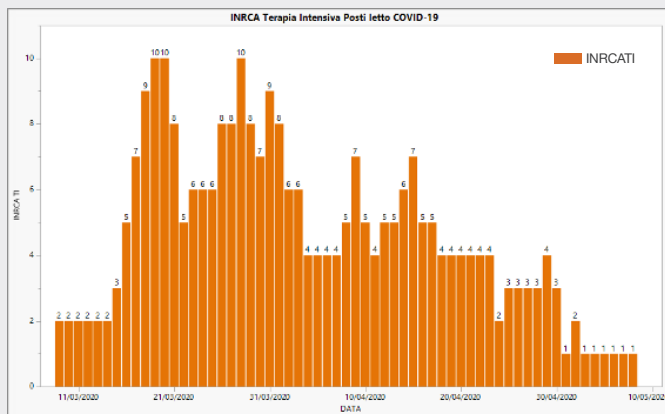
Distribuzione posti letto COVID-19 INRCA non Intensivo



Distribuzione posti letto COVID-19 INRCA Fermo Post - Critica



Età media al ricovero, Pazienti ricoverati per COVID-19



Distribuzione posti letto COVID-19 INRCA Terapia Intensiva

casì sintomatici o, comunque, sospetti. La scelta della nostra Regione è stata chiara ed ha visto attivare in primis proprio le Usca costituite da medici ed infermieri con un coordinamento da parte di un medico di medicina generale "senior" che ha reso possibile l'integrazione dei professionisti nell'ambito del sistema delle cure primarie. Le Usca hanno avuto a disposizione anche i pediatri di libera scelta laddove questo si rendeva necessario per l'assistenza dei bimbi ma sempre a domicilio.

Quale il ruolo di supplenza del volontariato, e in generale del terzo settore, nell'assicurare assistenza?

Le associazioni di volontariato nelle Marche costituiscono da sempre una rete costantemente attiva che ha mantenuto e rinforzato nell'emergenza la sua capacità di attivarsi.

Un esempio per tutte è stata la rete dei trasporti gestita, in primis, da Anpass e CRI. I loro trasporti ci hanno consentito di assistere i pazienti integrandosi con la rete territoriale di soccorso. Ma anche il volontariato che ha supportato i servizi degli enti locali, e non solo, ha avuto un ruolo fondamentale.

Come è stata gestita la pandemia da strutture presenti nelle Marche, come l'Inrca, e come si attizzeranno per il futuro?

Tutte le strutture assistenziali ospedaliere si sono riorganizzate in un lavoro di squadra coordinato dal livello regionale, adeguandosi al crescente bisogno di ricovero che abbiamo avuto, in particolare nel mese di marzo, e via via hanno poi ripreso, e stanno riprendendo, la loro principale vocazione. Ovviamente in questo contesto l'Inrca è stato il primo punto di riferimento per gli anziani. Tuttavia la crescente necessità assistenziale che nella nostra regione ha visto una prevalenza specifica espressa in termini di bisogno di ricovero per gli anziani, visto che l'età media al ricovero è risultata essere di 74,92 anni e che circa il 16% dei soggetti ospedalizzati risultava essere nella classe di età 80-84 anni, ha fatto sì che gli anziani siano stati seguiti in tutti i nosocomi.

Quali sono, se ci sono, le prevedibili complessità gestionali?

Abbiamo registrato complessità enormi per mettere in rete le singole reti e le macro-reti assistenziali della prevenzione, del territorio, dell'ospedale e della riabilitazione, lavorassero in maniera coordinata e non per silos come di solito.

Il tutto andava poi gestito in maniera efficiente e sinergica rispettando le stringenti tempistiche dettate dall'emergenza Covid. Infine, attualmente abbiamo complessità nel gestire l'attuale fase che deve contemperare la risposta emergenziale non ancora del tutto superata con la ripresa dei servizi per i cittadini, in parte sospesi nella fase più acuta dell'emergenza. Ma ce la faremo.

I TERRITORI COLPITI

Sono due gli elenchi diffusi dalle autorità nazionali a seguito del sisma: le scosse di agosto 2016 hanno fatto stilare un primo elenco di "soli" - si fa per dire - 17 Comuni. Successivamente, un Decreto legge di ottobre dello stesso anno ha però fatto aggiornare l'elenco, con un numero di Comuni salito a 62 in tutta l'area "cratere". A seguito delle scosse del 26 ottobre, con epicentro Castelsantangelo sul Nera, nel Maceratese, e del 30 ottobre, con epicentro Norcia, in provincia di Perugia, l'elenco è stato ulteriormente esteso. Oggi, tra realtà ricomprese nel "cratere" (138 in totale) e realtà fuori "cratere" (353 in totale), si contano 491 Comuni colpiti in 10 province e 4 regioni diverse. È nelle Marche il numero più alto di realtà coinvolte, 189 in tutto. La regione del Picchio è seguita dall'Abruzzo, con 159 Comuni colpiti, dall'Umbria, con 75 Comuni, e dal Lazio con 68 Comuni in totale. C'è una percentuale importante di popolazione anziana nelle diverse regioni che è di base bisognosa di assistenza sanitaria (si veda tabella): è prevedibile un drammatico aumento della domanda di sanità proprio per l'impatto che ha generato la pandemia. Un quadro che desta preoccupazione proprio per il fatto che il sistema sanitario delle zone è profondamente danneggiato in strutture e, probabilmente in organizzazione.

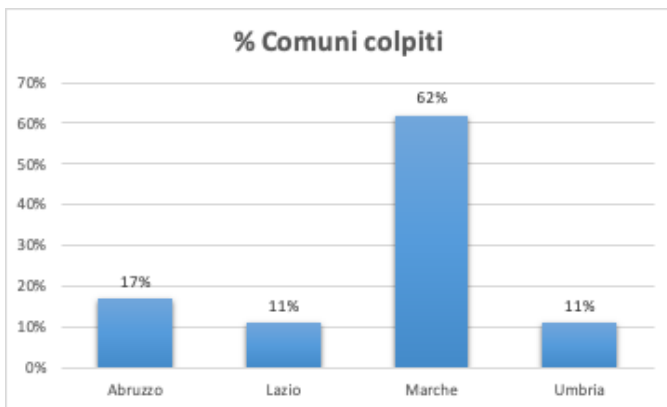
La foto della situazione scattata dall'Istat subito dopo le prime scosse oggi può sembrare un po' sbiadita, visto che l'ultimo focus dell'Istituto nazionale di Statistica su quest'argomento è ormai un po' datato, ma il censimento comunque conferma quanto già indicato¹. Quella descritta all'indomani del primo "sciame" di scosse non era affatto il mondo alla fine del mondo visto che poi le cose, se possibile, sono addirittura peggiorate. Il quadro d'insieme però resta questo: la presenza degli anziani nelle aree distrutte è molto alta, sicuramente diversi punti percentuali in più di quanto si registra mediamente sull'intero territorio nazionale.

Personne anziane, certo, ma anche sole. Altra caratteristica delle aree interne sconquassate dalle scosse, infatti, è che molte famiglie terremotate sono costituite da

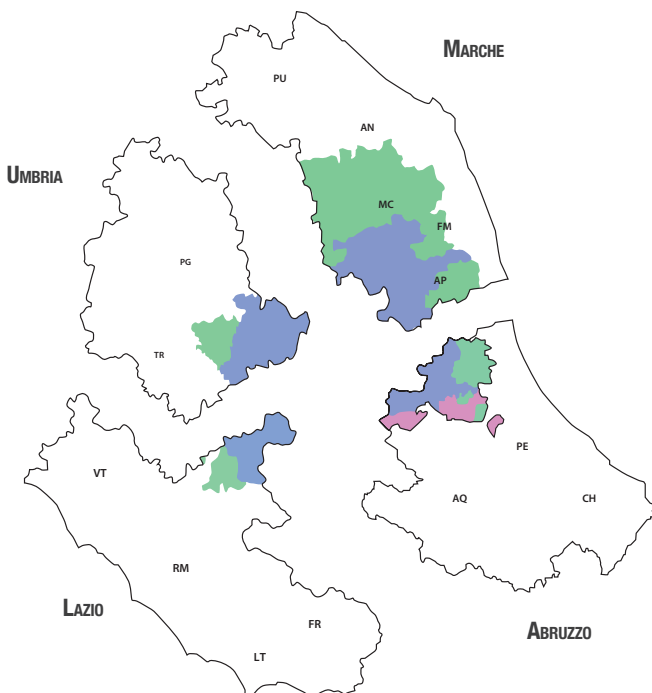
1. Caratteristiche dei territori colpiti dal sisma del 24 agosto 2016, statistiche Istat, 2016

	ABRUZZO	LAZIO	MARCHE	UMBRIA
Comuni del "cratere"	23	15	85	15
% su totale Comuni	17%	11%	62%	11%
Popolazione coinvolta	>100.000	>73.000	<350.000	>57.000
Età media	46,2	45	46,6	47
% età 0-14	12,4%	13,3%	12,6%	12,5%
% età over-65	23,8%	21,7%	24,8%	25,6%

Tabella - Comuni del "cratere" e popolazione



Il cratere del sisma 2016 ha coinvolto 4 Regioni, 10 Province 138 Comuni



una coppia di anziani o, addirittura, da vedove e vedovi. Un dramma in più anche a livello sanitario. Perché le patologie di cui soffrono gli anziani sono molte, ovviamente, ma anche perché le stesse richiedono cure e assistenza continue. E nel dramma ci si è messo di mezzo anche il Covid che ha peggiorato le cose.

Le stesse caratteristiche dei territori colpiti non aiutano. Il territorio interessato è prevalentemente montuoso: per quasi il 90% dei Comuni del Lazio, per l'80% di quelli dell'Abruzzo; più del 70% della superficie risulta essere sopra i 900 metri sul livello del mare. Solo poco più del 4% di tutta l'area "cratere" è pianeggiante, si arriva a un 10% nelle Marche. Garantire una prestazione di tipo sanitario, assicurare risposta a un'emergenza, in molti di questi casi è impresa impossibile.

E anche su questo la sanità delle regioni colpite dal terremoto dovrebbe interrogarsi.

LE STRUTTURE SANITARIE: UN QUADRO PREOCCUPANTE

La devastazione del terremoto 2016 la vedi nei volti della gente a quasi quattro anni dalle scosse, la ritrovi nei lunghi elenchi che parlano di ricostruzione. Una ricostruzione, a dire il vero, mai partita completamente, né per le abitazioni che ospitavano migliaia di famiglie, né per gli edifici pubblici: ospedali, case di riposo, poliambulatori e distretti compresi.

L'elenco di strutture che un tempo accoglievano i servizi sanitari, e che ora vanno rimesse in piedi, sembra non avere fine. È un colpo d'occhio che fa male al cuore.

Per fortuna parte dei lavori alle strutture socio sanitarie hanno trovato già finanziamento nelle Ordinanze del Commissario straordinario del Governo per la Ricostruzione. Nelle Marche 14milioni e mezzo di euro serviranno per ricostruire l'ospedale di Tolentino, nel Maceratese, altri 13milioni e 800mila euro quello di Amandola, nell'Ascolano. A Fabriano, in provincia di Ancona, i lavori di ricostruzione nel vecchio ospedale sono stati finanziati con un aiuto di 10milioni di euro, altri 3milioni e mezzo di euro se ne andranno per rifare il Distret-

to sanitario di San Ginesio, in provincia di Macerata. Per la metà di queste importanti opere è stata già avviata la procedura di gara relativa alla progettazione cui, in alcuni casi, ha fatto seguito anche l'affidamento dell'incarico. Solo per un'opera, il nuovo ospedale di Amandola, è stato completato anche il progetto esecutivo ed è partita anche la procedura per l'affidamento dei lavori ma non senza problemi.

I tempi di decisione e di realizzazione di un'opera pubblica, in Italia, sono un problema: in queste zone diventano un problema nel problema.

INTERVISTA A DONATELLA TESEI

(continua da pag 1)

[...] sull'offerta dei servizi sanitari? Può aiutarci con qualche esempio?

Le maggiori difficoltà gestionali dei servizi trovano una motivazione nel fatto che la pandemia, in brevissimo tempo, ci ha obbligati a rimodulare, per alcuni aspetti e anche radicalmente, l'assetto organizzativo dell'intero sistema sanitario regionale: abbiamo dovuto individuare i Covid Hospital e per alcuni ospedali, in primis le due aziende ospedaliere, è stata necessaria la separazione dei percorsi sanitari.

Un grande impegno è stato richiesto per l'ampliamento dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva, nonché per l'attivazione delle Usca, ovvero le Unità speciali di continuità assistenziale, che ci hanno permesso, laddove possibile, di curare a domicilio i pazienti. Oltre alla gestione dei pazienti Covid, che ha richiesto a monte una riorganizzazione dei servizi sanitari, le difficoltà maggiori che abbiamo riscontrato sono state quelle legate al blocco dei ricoveri ordinari e in day hospital in tutti gli ospedali, nonché la sospensione delle prestazioni sanitarie non urgenti e differibili come le visite mediche e gli esami diagnostici. Inoltre, per non esporre a situazioni di rischio le persone più fragili, si è resa necessaria la chiusura delle strutture semiresidenziali, quindi i centri diurni, i centri autismo, i centri alzheimer e altri.

La ripresa delle attività sanitarie ora è avviata. La cosiddetta Fase3 sarà necessariamente graduale e impegnativa perché oltre a ricollocare i soggetti già inseriti nella programma-

zione di visite specialistiche e interventi chirurgici differibili, oppure già in lista d'attesa, si dovranno prendere in carico coloro che attualmente necessitano di prestazioni. L'emergenza comunque non è ancora finita e le misure di sicurezza vanno sempre osservate per garantire la salute dei pazienti e degli operatori.

Il risvolto della medaglia è che, proprio quelle misure che ci garantiscono la salute, fanno rallentare i tempi di prenotazione.

Qual è il ruolo di supplenza del volontariato e in generale del terzo settore nell'assicurare assistenza?

Nel corso dell'emergenza Covid la Regione Umbria ha assicurato, attraverso la funzione volontariato istituita presso il Centro Operativo Regionale, la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale presso le Aziende Ospedaliere e i Comuni della regione. Le Amministrazioni comunali, grazie alla rete di volontariato, hanno garantito a loro volta la necessaria collaborazione alle Asl nella gestione dell'erogazione dei servizi e dell'assistenza sul territorio presso le abitazioni dei cittadini risultati positivi al test Covid.

Covid e terremoto. Le complessità poste dall'emergenza sanitaria imporranno di modificare la priorità degli interventi di ricostruzione?

L'emergenza Covid non ha comportato alcuna modifica nella priorità degli interventi di ricostruzione a seguito del sisma 2016 e successivi.

Nel periodo in questione si sono solamente verificati dei rallentamenti nel processo di ricostruzione dovuti al blocco dei cantieri a causa del rispetto delle norme sulla sicurezza sanitaria e alla conseguente attuazione dei piani di sicurezza. Abbiamo interloquito con il governo proprio perché i cantieri fossero i primi a ripartire, ovviamente in sicurezza.

La materia indurrà, secondo lei, il Commissario ad aprire con il Governo un nuovo e specifico capitolo legato all'emergenza sanitaria?

In questo momento, soprattutto tenendo conto della situazione epidemiologica, credo che la priorità sia quella di concordare

tra il Commissario ed il Governo procedure di semplificazione al fine di velocizzare il processo di ricostruzione.

Come è stata gestita la pandemia dalle strutture presenti in Umbria? E' nato un raccordo tra Regione, Commissario e Governo sulle prevedibili complessità gestionali?

La Regione Umbria, fin dai primi giorni dell'emergenza, ha provveduto all'installazione dei container adibiti al triage dei malati all'esterno delle strutture ospedaliere così da garantire la necessaria sicurezza all'interno delle stesse. Inoltre, molti pazienti risultati positivi al Covid-19 sono stati assistiti e curati presso il proprio domicilio da parte delle strutture sanitarie territoriali.

I pazienti più gravi sono stati ricoverati presso le strutture Covid individuate negli Ospedali di Pantalla e di Città di Castello, nonché in alcuni reparti degli Ospedali di Branca, Perugia, Terni e Foligno. Infine la Regione Umbria, fin da subito, ha fornito tutti i dispositivi di protezione individuale alle 92 Residenze Sanitarie Assistite regionali, all'interno delle quali non si sono registrati contagi. A livello nazionale c'è stato un contatto quotidiano attraverso la Protezione Civile e la Conferenza Stato Regioni.

Un impegnativo lavoro che ha portato i suoi frutti.

UN TERREMOTO NEL TERREMOTO: DAL SISMA AL COVID, LA MAPPA DELLA POPOLAZIONE E DELLA SALUTE CHE CAMBIA

Tra 2016 e 2019, solo nelle Marche, si è registrata una perdita di 18.441 residenti. Più di 10mila risiedevano nell'area del cratere (il 58,8% del calo complessivo a fronte del 22,2% della popolazione regionale). Lo spopolamento, già in atto nel triennio precedente al terremoto, in quello che poi sarebbe diventato il cratere marchigiano, ha registrato nel triennio successivo alle scosse un'accelerazione del 170%. Solo che tre anni prima del sisma se ne andava, al massimo, un borgo, mentre tre anni dopo le scosse, a scomparire – e

per sempre – sono state piccole cittadine marchigiane. Cancellate dalla demografia, inghiottite da una quotidianità che ora si trova a dover fare i conti con un sistema nuovo. Ed è a questa nuova realtà che chi si occupa anche della salute pubblica deve dare risposta, con l'organizzazione di servizi nuovi che vanno dall'assistenza domiciliare alla risposta alle emergenze, tanto per essere chiari. L'ulteriore problema, poi, è che quelli che si sono trasferiti altrove non sono più tornati e, forse, mai faranno ritorno nelle realtà dove un tempo risiedevano. Solo un terzo pensa ancora di farvi ritorno. Lo stallo della ricostruzione si riflette sulle migrazioni interne alle quattro regioni colpite dal sisma.

Le fasce più colpite sono quelle adulte, seguite da quelle più mature. E su tutte ci sono, in particolare, le persone che vivono da sole.

Ansia e depressione sono i nuovi mali nei centri del sisma dove si registrano attacchi di panico, fobie varie ma anche malattie di tipo coronarico in aumento. Il terremoto è accomunato per questo al Covid. Il Sars-Cov2 ha avuto, infatti, un forte impatto a livello cardiovascolare. Il Coronavirus ha fatto aprire unità Covid specifiche.

Tra i decessi avvenuti negli ultimi mesi molti hanno interessato la sfera cardiovascolare oltre ad essere stati causati da embolie polmonari ed emergenze trombotiche.

Di certo un 20% dei decessi sembra aver presentato evidenti aritmie. Il primario della Clinica cardiologica presso il Lancisi di Ancona, il Professor Gian Piero Perna, ha avviato uno studio su tutti i pazienti Covid ricoverati negli ospedali marchigiani con l'obiettivo di registrare la comparsa di fibrillazioni atriali rispetto ai pazienti non Covid. Un'analisi complessa e difficile, che però fa già dire che c'è stata una forte riduzione delle patologie coronariche meno gravi con concomitanti ingressi di situazioni molto gravi. Molte morti, poi, potrebbero non essere state intercettate nelle analisi: il quadro potrebbe essere molto più preoccupante, ma sarà difficile stabilirlo e dirlo con certezza. Perna evidenzia un'altra problematica: il Covid ha fatto emergere non solo l'esistenza di gente che pensava di stare bene e che non si è preoccupata di sintomi lievi, gli asintomatici, ma anche di persone inconsapevoli che non hanno

davvero avuto mai alcun problema di salute e che, d'improvviso, sono state interessate da crisi cardiovascolari acute. E qualcuno di questi al pronto soccorso ci è finito quando ormai era davvero troppo tardi. Poi c'è il post Coronavirus: è in atto una nuova ondata di pazienti affetti da cardiopatie, anche gravi, nessuna in relazione diretta col Covid.

Ma che il Covid stesso potrebbe aver causato. Il motivo? La gente, negli ultimi mesi, si è sottoposta poco a visite specialistiche.

UN'EMERGENZA SENZA FINE. ANCHE I NUMERI DEL COVID SPAVENTANO

Se i numeri dell'emergenza terremoto nelle regioni del centro Italia spaventano, quelli dell'emergenza Covid, ne siamo certi, a dir poco terrorizzano.

I numeri della pandemia sono impressionanti, soprattutto in termini di decessi. Nelle Marche il Coronavirus ha fatto quasi mille vittime. Complessivamente il Gores, il Gruppo operativo regionale per le emergenze sanitarie, su un numero complessivo di tamponi che ha sfiorato le 120mila unità, ha registrato più di 71mila 500 casi diagnosticati di cui oltre 6mila e 700 positivi².

Dall'inizio dell'emergenza quasi 40mila marchigiani, poi, sono stati curati a casa. La provincia più colpita è quella di Pesaro Urbino che, per settimane, è stata dichiarata "zona rossa".

Qui sono nati diversi Covid Hospital, l'ultimo ex-novo a Civitanova, e riconvertite strutture esistenti. In Umbria è stato interamente dedicato alla cura dei pazienti Covid l'ospedale di Pantalla, mentre nell'ospedale di Città di Castello è stata dedicata un'area indipendente, così come è stata dedicata un'area nell'ospedale di Foligno. Le due aziende ospedaliere di Terni e Perugia hanno aumentato i posti nei reparti di malattie infettive e i posti nelle terapie intensive; da 69 in tutto il territorio regionale prima della pandemia, sono stati quasi raddoppiati. Certo anche qui l'emergenza ha colpito duro: più di 1.400 i casi positivi, una ottantina i decessi, quasi 80mila i tamponi eseguiti, più di 25mila persone uscite dall'isolamento.

Le situazioni più gravi a Terni, Città di Castello e San Gemini. In Abruzzo, dall'inizio dell'emergenza, sono stati registrati 3266 casi positivi al Covid 19, diagnosticati dai test eseguiti nel laboratorio di riferimento regionale di Pescara, dall'Istituto Zooprofilattico di Teramo, dall'Università di Chieti e dal laboratorio dell'ospedale dell'Aquila. Nel numero dei casi positivi sono compresi anche più di 450 pazienti deceduti.

Dall'inizio dell'emergenza Coronavirus, sono stati eseguiti complessivamente più di 86mila test, di cui più di 80mila sono risultati negativi. La provincia più colpita quella di Pescara, a seguire quella di Chieti.

L'ANSIA AUMENTA, IL COVID PEGGIO DEL TERREMOTO

Nel 2018 fece discutere un rapporto choc: nel distretto di Camerino dell'Area Vasta 3 dell'ASUR Marche si arrivò a parlare di un aumento della mortalità tra gli sfollati pari al 53% ogni anno³. Persone anziane che, sradicate al loro ambiente e alle relazioni quotidiane maturate nella vita, si erano trovate disorientate e particolarmente vulnerabili. Un picco di mortalità così accentuato che fece parlare di un suicidio indiretto, una sorta di morte da crepacuore, un lasciarsi andare verso la fine.

In molte zone colpite dal sisma, lo dicono i medici di medicina generale, è addirittura aumentato fino al 70% l'uso di psicofarmaci e ansiolitici⁴.

A questo si è aggiunto anche un aumento dei suicidi: casi di piccoli imprenditori falliti, di disoccupati sprofondati nel buio della disperazione. I nuovi malati del sisma oggi devono fare i conti con un altro terremoto: quello procurato spesso anche dalle sole chiusure imposte dal Covid. Casi umani di fronte ai quali nemmeno la sanità può permettersi di girare la testa.

Certo è, però, che il sistema deve riorganizzarsi se vuol fornire una risposta seria. Anche ad Accumoli, come in altre piccole realtà del Centro Italia terremotate, gli ordini di psicofarmaci sono aumentati a dismisura e così, tra

2. Dato Gores al 9.07.2020

3. I disturbi depressivi ed il fenomeno suicidario nell'Area Vasta 2 dell'ASUR Marche - Ottobre 2019, Servizio di Epidemiologia, ASUR, Area Vasta 3

4. Dati dal convegno: Anziani fragili e terremoto, Matelica, 5-6 maggio 2017

un'aspirina e le compresse per curare prostata e diabete, spesso finiscono in busta anche confezioni di benzodiazepine, antidepressivi, ipnotici, antipsicotici.

Anche chi, fortunatamente, non ha dovuto vivere lo strazio di perdere amici e familiari, da quasi quattro anni ormai è alle prese con traumi e con un dramma che sembra essere, oggi come ieri, continuo. Perché il terremoto fa perdere tutto: non solo la casa ma anche il passato, il presente e a volte pure il futuro. E in questa emergenza il dover restare chiusi in casa a causa del Covid non ha certo aiutato le persone. Oggi la semplice risocializzazione, per molti, è un castello di sabbia destinato a implodere, a crollare su sé stesso.

INTERVISTA A GIOVANNI LEGNINI

(continua da pag 1)

[...] Abbiamo dialogato con lui per questo numero di Italian Health Policy Brief.

Nell'area del sisma del 2016, in termini quantitativi, qual è stato l'impatto dell'evento sulle strutture sanitarie nelle regioni colpite e dove gli effetti sono più pesanti?

In termini economici, a quanto ammontano gli interventi destinati alle strutture sanitarie e come sono stati ripartiti tra le regioni coinvolte?

I danni causati dai terremoti del 2016 e 2017 alle strutture socio sanitarie sono stati importanti, al pari di quelli avuti da altre opere pubbliche strategiche, come le scuole, e le stesse sedi comunali. Un primo censimento indicava 38 edifici da riparare o più spesso da ricostruire, per una spesa stimata per difetto in oltre 110 milioni di euro. I precedenti Commissari hanno inserito per ora 19 di queste strutture tra le opere pubbliche da finanziare con i fondi della ricostruzione, gestiti dallo stesso Commissario.

I lavori per la ricostruzione dell'ospedale di Amandola, che rappresenta la maggiore opera pubblica di tutto il cratere sismico, cominceranno a inizio luglio, quelli per l'ospedale di Amatrice, finanziato dal governo della Germania, entro l'estate. Per altre cinque strutture sanitarie sono in corso di affidamento gli incarichi di progettazione.

La Regione maggiormente colpita dal sisma, anche per quello che riguarda il comparto sanitario, sono le Marche, dove si concentra circa il 65% dei danni materiali agli edifici e alle infrastrutture. In generale, sia nelle Marche che nelle altre regioni colpite, Lazio, Abruzzo e Umbria, gli effetti del sisma sono stati particolarmente pesanti nelle zone montane, dove ci sono relativamente pochi ospedali.

Le comunità spesso chiedono di ricostruire esattamente negli stessi luoghi, e cioè dove le case, le chiese, gli edifici già c'erano, ma secondo lei lo stesso discorso può valere anche per gli ospedali?

A che punto è la ricostruzione?

Il Commissario deve garantire una ricostruzione ordinata, coordinando tutti i soggetti istituzionali coinvolti, quindi anche le Regioni, che hanno competenze molto estese in materia sanitaria. Fin qui non sono emersi particolari problemi per le strutture sanitarie, se non quelli generali che riguardano la ricostruzione pubblica, che sconta fortissimi ritardi.

All'inizio del mio mandato, a fine febbraio, il rapporto sullo stato di avanzamento indicava appena 28 opere concluse su 2630 programmate dalle Ordinanze dei precedenti Commissari, per le quali sono state impegnati 2,3 miliardi di euro. Adesso sono stati conclusi diversi altri interventi ma siamo ancora a percentuali molto basse, attorno al 5%.

Dopo quattro anni dal terremoto. Anche la ricostruzione privata procede troppo lentamente: sono state presentate meno di 15 mila domande di contributo alla riparazione delle case su almeno 65 mila attese, e le scadenze dei termini si stanno avvicinando.

Dobbiamo assolutamente accelerare e contiamo molto sull'Ordinanza 100 che, con la certificazione dei progetti da parte dei tecnici, garantisce tempi molto più rapidi per ottenere il contributo pubblico. Dobbiamo aprire i cantieri al più presto, le case con i danni più leggeri vanno riparate subito, i cittadini devono tornare a vivere queste meravigliose città e paesi.

L'area colpita dall'evento del 2016 è nota anche per complessità del territorio, caratterizzato spesso da re-

altà isolate, a volte in zone montane, con una popolazione anziana e comunque fragile, in che modo la ricostruzione tiene in considerazione questi aspetti?

Anche l'organizzazione dei servizi sanitari è di competenza delle Regioni. Il "ricostruire com'era e dov'era", piuttosto, mi sembra più uno slogan che una soluzione effettiva.

L'originalità dei luoghi va certamente preservata, quando è possibile ricostruire in sicurezza, ma questo non significa rinunciare ad avere una visione del loro futuro. In molti paesi del nostro Appennino era in atto da tempo un forte spopolamento, ed il terremoto ha dato un'altra spinta a questo fenomeno. Adesso però, dopo il Coronavirus, la dimensione locale, in qualche modo l'isolamento, torna ad essere un valore. Dovremmo avere il coraggio di immaginare e la capacità di ricostruire le aree interne pensando che possano essere anche un luogo di lavoro, e non solo di vacanza, quindi con una adeguata dotazione di infrastrutture e di servizi, e di vita confortevole, con case sicure ed efficienti dal punto di vista energetico. Un'adeguata rete di servizi sanitari anche di prossimità è, naturalmente, parte essenziale di un'organizzazione sociale ed economica efficiente.

La pandemia Covid-19 magari ci spinge a ripensare il futuro, ma ha aggravato pesantemente l'economia del Paese, e in particolare di questi territori, già colpiti dal sisma.

È indubbio che la pandemia rischi di avere ripercussioni pesanti sull'economia di questi territori. Molte imprese, già provate in modo durissimo dal terremoto, hanno subito un colpo terribile dal blocco delle attività, che erano già ridotte. I cantieri della ricostruzione, sia pubblici che privati, stanno ripartendo solo adesso, ma l'intero sistema ha sofferto.

Noi, come struttura commissariale, abbiamo cercato di dare un sostegno soprattutto fornendo liquidità.

Abbiamo pagato alle imprese i lavori fatti fino alla sospensione, a prescindere dallo stato di avanzamento, concesso ai progettisti un'anticipazione del 50% dei loro compensi alla presentazione della domanda, messo a disposizione 26 milioni di euro di fondi Inail per la sicurezza sui cantieri e nei luoghi di lavoro. Chiaramente, proprio perché il Centro Italia ha vissuto una

doppia emergenza, c'è bisogno di strumenti stabili per agevolare la ripresa dell'economia.

Ho proposto al Governo e al Parlamento di destinare una quota fissa delle somme riservate alla ricostruzione pubblica, il 5%, una somma che oggi sarebbe pari a 150 milioni di euro, per il sostegno delle attività produttive.

Il turismo, le Università, l'artigianato, le produzioni tipiche, soprattutto la bellezza di questi luoghi sono dei punti di forza su cui basarsi per ripartire e rilanciare il Centro Italia, che ha delle potenzialità straordinarie.

LE POLEMICHE NON MANCANO

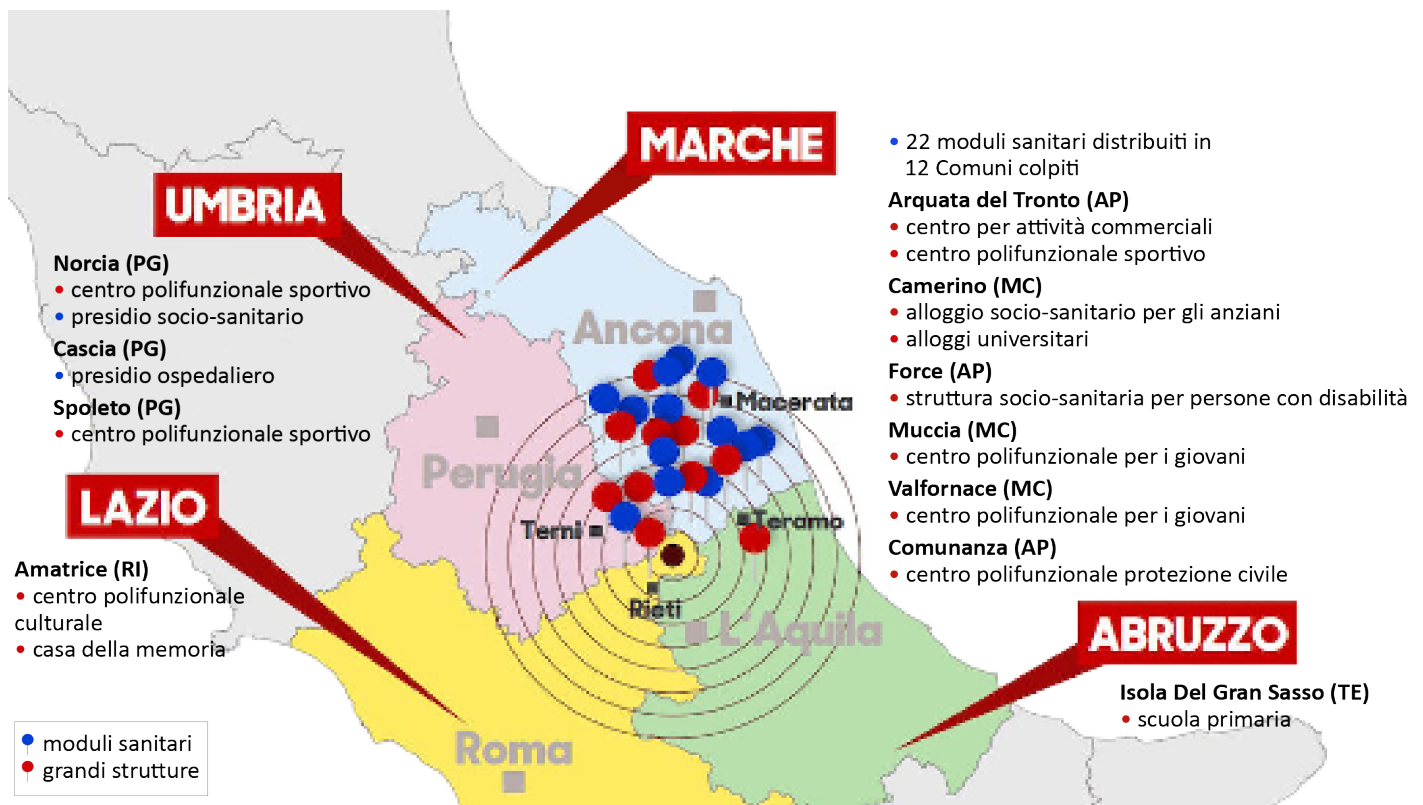
Prima il terremoto, poi il Coronavirus. Nelle Marche, forse più che nelle altre regioni colpite dalle due sciagure, la politica ha iniziato ad esprimere dubbi sulla politica.

Lotte d'opposizione, polemiche che si sollevano sulla stampa. Il sindaco di Fossombrone, nella sua duplice veste anche di vice presidente nazionale dell'Anci, l'associazione che riunisce i Comuni d'Italia, ha finito per criticare l'operato della giunta Ceriscioli. "La Corte dei Conti - sottolinea il sindaco Francesco Baldelli - ha denunciato il fatto che la contrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture ha lasciato la popolazione senza cure adeguate". Sul banco degli imputati sono così finite, ca va sans dire, le Giunte regionali degli ultimi dieci anni.

"Dal 2012 al 2018 - critica ancora Baldelli - le Marche sono risultate essere una delle regioni che ha tagliato il maggior numero di posti letto, rapportati alla popolazione, in tutta Italia.

Tagli simili si sono registrati solo in Calabria. Inoltre sono stati ridotti del 6,5% i medici di medicina generale, ridotte addirittura del 16,2% le guardie mediche".

Aggiungiamo che Marche e Abruzzo sono osservati speciali sotto l'occhio dell'App "Immuni" che notifica agli utenti l'esposizione al Covid-19. Con Liguria e Puglia il contact tracing è partito da qui, e da qui il confronto polemico trova ulteriore terreno di scontro. Anche i Comitati si sono mossi con l'obiettivo, a loro dire,



di difendere la sanità nelle aree terremotate dove il Covid, al pari delle scosse, ha finito per creare situazioni critiche. Il Comitato regionale marchigiano pro ospedali pubblici ha chiesto addirittura di riaprire 13 presidi domandando che siano dotati dei posti letto per acuti e lungodegenza precedentemente soppressi. In Umbria, invece, avanza critiche il Comitato per il diritto alla salute art. 32, nato quando a Città della Pieve è stato chiuso l'ospedale Beato Giacomo.

Da allora il Comitato praticamente ogni giorno denuncia il depauperamento di strutture e assistenza nei territori con grave perdita dei posti letto e di reparti importanti. Una denuncia che con il Covid si è fatta, se possibile, ancora più forte: il Comitato dice che la "cura" non può essere né quella dei grandi ospedali e nemmeno quella delle grandi strutture fuori regione.

IL RUOLO DELLA CROCE ROSSA DURANTE L'EMERGENZA SISMA

Oltre 20 milioni di euro raccolti, 15 grandi strutture realizzate tra scuole, centri socio sanitari e cen-

tri polifunzionali per ricostruire il tessuto sociale ed economico delle popolazioni colpite, più di 40 moduli sanitari distribuiti, migliaia le persone assistite. Sono questi i numeri dell'aiuto dato, in piena emergenza terremoto, dalla Croce Rossa Italiana in tutto il centro Italia. Superata la prima fase di emergenza in cui la CRI è intervenuta con oltre 5.500 tra volontari e operatori, utilizzando oltre 2mila veicoli, distribuendo 145mila pasti e fornendo supporto a migliaia di persone, è iniziato il percorso di ricostruzione.

L'obiettivo è quello di dare ascolto ai bisogni di chi ha vissuto il sisma in prima persona. Nell'immediato, in collaborazione con le aziende sanitarie regionali, sono stati consegnati in tutto il centro Italia i moduli sanitari che hanno permesso di riattivare da subito i servizi ambulatoriali di base e di realizzare veri e propri presidi sanitari in grado di sostituire temporaneamente gli ospedali danneggiati dal sisma, come Cascia e Norcia. A Camerino, invece, si lavorerà per realizzare una struttura socio sanitaria. Tra le priorità la realizzazione della nuova scuola primaria di Isola del Gran Sasso che sarà pronta per l'inizio del prossimo anno scolastico.

SERVE UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI COLPITE DA CATASTROFI

“L'Italia è un paese ad alto rischio di disastri ambientali, deve dotarsi di un sistema di sorveglianza della salute delle popolazioni colpite”. È la richiesta che, al congresso di primavera, ha lanciato l'AIE, l'Associazione Italiana di Epidemiologia⁵.

Il nostro Paese, infatti, negli anni ha sviluppato procedure e competenze per gestire le emergenze e rispondere in modo rapido e appropriato a tali eventi ma non è però ancora pronto a gestire le fasi di medio e lungo termine delle emergenze.

In particolare non esistono procedure per mettere in essere con tempestività piani di sorveglianza e ricerca sulla salute, che siano definiti in precedenza nelle loro linee generali e successivamente adattati alle specifiche circostanze. AIE ha rimarcato la necessità che le istituzioni sanitarie e della ricerca scientifica italiane si trovino in ogni momento preparate a intervenire con le proprie specifiche competenze, non solo per l'emergenza di un disastro, ma anche per la sorveglianza del post-emergenza.

La letteratura internazionale ha documentato effetti sulla salute dei disastri che si manifestano anche a distanza di anni dall'evento (mortalità, problemi di salute mentale, malattie cardiovascolari, disturbi del comportamento)⁶.

Due fattori sembrano caratterizzare tali effetti:

1. i soggetti più vulnerabili (per età, per deprivazione sociale e per patologie concomitanti) sono quelli più esposti;
2. le soluzioni adottate per il governo del territorio e per il ricollocamento della popolazione che ha perduto la propria abitazione hanno un effetto rilevante sulla salute.

La consapevolezza a priori del ruolo di entrambi i fattori può contribuire a programmare interventi volti a ridurre il carico degli effetti tardivi.

CONCLUSIONI

Le complessità di questi territori dove, con la pandemia, sofferenza e dolore si sono aggiunti ad altra sofferenza e dolore, sono ancora difficili da ridimensionare. Sembra di poter dire che il tentativo di un cambio di passo si è fatta strada nel Paese - soprattutto nel Governo e nelle istituzioni - circa la necessità di una sanità, anche quella del territorio, più forte, efficiente e pronta.

Le lezioni che ci sono venute da questa disavventura che ha attraversato il Pianeta sono molteplici e molte voci si dicono pronte a farne tesoro.

La sfida, ora, è che quella che in Italia potrebbe essere un new deal tra popolazione e sistema sanitario, all'insegna di una maggior efficienza, trovi finalmente applicazione, senza ritardi, anche in queste aree mentre si spera che si attenui la triste litania delle lamentele che giustamente, in questi anni e per varie ragioni, si sono levate da queste popolazioni.

(M.P.)

5. Congresso di Primavera dell'Associazione italiana di epidemiologia, AIE; LAquila 14-15 aprile 2016

6. Ann Norwood et al. Disaster psychiatry: principles and practice, Psychiatric Quarterly; nr.71-2000

Italian Health Policy Brief

Anno X - N° 5 - 2020

Direttore Responsabile

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale

Walter Gatti

Direttore Progetti Speciali

Marcello Portesi

Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione

Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.