

mia è stato suggerito che la diffusione del virus nei primi mesi del 2020 poteva essere stata facilitata dall'incapacità di registrare sistematicamente picchi di infezione anomala in alcuni ospedali. Più recentemente, il problema sembra essere di precisione dei dati. In particolare, nonostante il notevole sforzo che il governo italiano ha dimostrato nell'aggiornamento periodico delle statistiche relative alla pandemia su un sito Web accessibile al pubblico, è stata avanzata l'ipotesi che la notevole discrepanza nei tassi di mortalità tra l'Italia e altri Paesi, e all'interno delle stesse Regioni italiane, potesse, almeno in parte, essere influenzata dai diversi approcci adottati. Queste discrepanze complicano la gestione della pandemia in modo significativo, perché in assenza di dati realmente comparabili, all'interno di un Paese e tra i Paesi, è più difficile allocare risorse e comprendere cosa sta funzionando e dove.

In uno scenario ideale, i dati che documentano la diffusione e gli effetti del virus dovrebbero essere il più possibile standardizzati tra le Regioni di uno stesso Paese e i Paesi, e seguire la progressione del virus e il suo contenimento a livello sia macro (statale) che micro (ospedaliero). La necessità di dati a livello micro non può essere sottovalutata. Mentre la discussione sulla qualità dell'assistenza sanitaria viene spesso svolta in termini di macroentità (Paesi o Stati), è noto che le strutture sanitarie variano notevolmente in termini di qualità e quantità dei servizi offerti e delle loro capacità gestionali.

### NECESSITÀ DI UN'AZIONE IMMEDIATA E DI UNA MASSICCIA MOBILITAZIONE

C'è ancora un'enorme incertezza su cosa debba essere fatto esattamente per fermare la pandemia. Diversi aspetti chiave del virus sono tuttora sconosciuti e oggetto di accesi dibattiti e probabilmente rimarranno tali per un considerevole periodo di tempo. Inoltre, si verificano ritardi significativi tra il tempo di azione (o, in molti casi, di non azione) e gli esiti (infezioni e mortalità). Una comprensione inequivocabile di quali soluzioni funzionino probabilmente richiederà diversi mesi, se non anni. Tuttavia, due aspetti di questa crisi sembrano chiari, valutando l'esperienza italiana. Innanzitutto, bisogna agire rapidamente, vista la progressione esponenziale dei contagi. Come ha affermato il capo della Protezione Civile, "Il virus è più veloce della nostra burocrazia". In secondo luogo, un approccio efficace nei confronti di COVID-19 richiede una mobilitazione simile alla guerra – sia in termini di risorse umane sia economiche che dovranno essere impiegate – nonché il coordinamento di tutti gli attori coinvolti, dal settore pubblico a quello privato alla società in generale.

La necessità di un'azione immediata e di una massiccia mobilitazione implica che una risposta efficace a questa crisi richiede un approccio decisionale tutt'altro che normale. Se i politici vogliono vincere la guerra contro COVID-19, è essenziale adottare un approccio sistemico e in grado di implementare rapidamente gli esperimenti di successo, identificando e chiudendo quelli inefficaci e dannosi.

Letizia Orzella

*Agenas, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

## Gestione dell'epidemia da coronavirus in Lombardia, la Regione più colpita in Italia

*Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M*

*Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy*

JAMA 2020 Mar 13; doi: 10.1001/jama.2020.4031. [Epub ahead of print]

*Stefanini GG, Azzolini E, Condorelli G*

*Critical organizational issues for cardiologists in the COVID-19 outbreak: a frontline experience from Milan, Italy*

Circulation 2020 Mar 24; doi: 10.1161/

CIRCULATIONAHA.120.047070. [Epub ahead of print]

### LINEE GUIDA PER FRONTEGGIARE L'EMERGENZA

Prima fra i Paesi occidentali ad andare incontro all'epidemia di COVID-19, l'Italia rappresenta ormai il paradigma al quale tutti gli altri Paesi si sono rapidamente uniformati. I primi dati tempestivamente pubblicati sulla letteratura internazionale da due gruppi di specialisti lombardi sono sotto questo profilo assai istruttivi. In Lombardia, infatti, già dal 21 febbraio (il giorno successivo ai primi ricoveri di pazienti affetti da COVID-19) è stata attivata una task force regionale con il compito di pianificare i primi provvedimenti e fornire una risposta rapida all'emergenza. La velocità di diffusione del contagio (36 casi solo nelle prime 24 ore) e la gravità del quadro clinico osservato nei primi pazienti, unitamente al sospetto di un imponente focolaio di infezione, hanno suggerito alle autorità regionali che uno dei punti critici da affrontare fosse quello della disponibilità di letti nei reparti di terapia intensiva (ICU). All'inizio, infatti, i posti disponibili in tutta la Regione erano di poco superiori a 700, con un utilizzo medio dell'85% nella stagione invernale. La mission di questa Unità di crisi è stata dunque quella di elaborare una serie di linee guida da adottare nelle settimane successive, unitamente alla creazione di un network regionale che fosse in grado di distribuire al meglio le risorse fra i veri centri ospedalieri, senza sovraccaricare le sedi inizialmente interessate dal focolaio epidemico.

Le misure adottate si possono così riassumere:

1. creazione di una serie di ICU dedicate esclusivamente ai pazienti COVID-19;
2. organizzazione di aree di triage per pazienti con sintomi respiratori e per quelli richiedenti una ventilazione assistita in attesa dei risultati diagnostici;
3. fornitura di tutti gli strumenti necessari per una protezione adeguata del personale sanitario;
4. istituzione di un centro di raccolta unificato dei dati.

Le previsioni sul rapido incalzare dell'emergenza si sono puntualmente verificate e, già dopo 14 giorni, oltre 350 pazienti risultavano ricoverati in ICU, pari al 16% di tutti i casi diagnosticati. Tutto ciò ha richiesto quindi un massiccio incremento dei posti dedicati ai COVID positivi, che infatti già al 7 marzo erano rapidamente sa-

liti a 482, distribuiti in 55 ospedali. Malgrado ciò, è stato necessario iniziare a trasferire alcuni pazienti in ICU in reparti situati al di fuori della Regione Lombardia.

Le proiezioni statistiche riportate al momento della pubblicazione del lavoro di Onder et al (8 marzo) si sono rivelate purtroppo attendibili, tanto è vero che, già 10 giorni dopo, i ricoverati in ICU oltrepassavano i 1000 e alla data in cui commentiamo l'articolo (13 aprile) il numero di pazienti in terapia intensiva supera le 1300 unità, nonostante che nell'ultima settimana, grazie alle efficaci misure di contenimento messe in atto fin dai primi giorni di marzo, il trend inizi fortunatamente a calare.

Nel momento in cui tutti i dati relativi al contagio sembrano indirizzati a un lento miglioramento, l'esperienza lombarda suggerisce una serie di priorità valide per tutti i Paesi, specie nelle prime fasi di una epidemia di questo tipo:

1. incrementare tempestivamente il numero di laboratori che eseguono i test per ottimizzare le diagnosi e il triage dei pazienti;
2. istituire immediatamente reparti dedicati alla cura dei pazienti COVID-19;
3. imporre drastiche misure di quarantena e contenimento nelle aree interessate dal contagio.

Pertanto, accanto alla definizione di un modello integrato a livello nazionale e regionale che individui tempestivamente il fabbisogno

e l'organizzazione del sistema di terapia intensiva, resta imprescindibile un controllo rigido della diffusione comunitaria del COVID-19, primo passo per evitare o quantomeno limitare il sovraccarico dei reparti di ICU e preservare così la salute e la vita di molti pazienti.

### RICADUTE DELL'EMERGENZA COVID-19 SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La riorganizzazione obbligatoria dei servizi sanitari lombardi di fronte alla eccezionale emergenza non ha risparmiato i reparti destinati al trattamento delle malattie cardiovascolari che, come è noto, costituiscono ordinariamente un onere importante per i sistemi sanitari di tutti i Paesi.

Il lavoro di un team di cardiologi dell'Istituto Humanitas di Rozzano descrive efficacemente le prime ricadute dell'emergenza sul sistema della cardiologia lombarda, sottoposto inevitabilmente a una serie di drastiche riduzioni riguardanti sia i letti di degenza ordinaria che i posti in terapia intensiva, ma anche tutte le attività ambulatoriali e diagnostiche dedicate ai pazienti esterni, con pesanti ricadute sui tempi di attesa per almeno l'80% di tutte le procedure già programmate. Tutto ciò ha imposto ovviamente l'adozione di una strategia mirata a selezionare i pazienti sulla base di una rigida stratificazione del rischio, relegando in secondo piano una serie di casi di indubbia rilevanza clinica, con conseguenze sul piano prognostico al momento sconosciute.

Peraltro, le prime esperienze cliniche sui pazienti COVID positivi hanno mostrato che questi malati sono in prevalenza anziani e portatori di svariate comorbidità, fra cui non mancano ovviamente patologie cardiovascolari anche gravi. In questo contesto, è stato perciò necessario riorganizzare l'attività cardiologica in due settori, il primo dedicato alla gestione delle emergenze ordinarie e il secondo dedicato ai pazienti COVID più gravi con interessamento cardiovascolare clinicamente rilevante. Sul fronte delle emergenze ordinarie, in particolare, si è dovuta riorganizzare tutta la rete dedicata alla gestione dei pazienti affetti da infarto acuto del miocardio, per i quali è indispensabile mantenere una serie di linee guida fondamentali, evitando nel contempo il rischio di esposizione al COVID. Per questo motivo, il numero di ospedali con laboratori attivi per il cateterismo cardiaco è stato ridotto a 13, con funzione di Hubs, cui riferire i pazienti in base alla loro collocazione geografica, mentre tutti gli altri hanno assunto il ruolo di Spokes. Lo stesso modello è stato applicato anche ad altre emergenze, come ad esempio l'ictus.

In sintesi, considerando che tutti gli sforzi indirizzati al contenimento dell'epidemia e al trattamento dei malati di COVID non possono compromettere gli standard di cura per le emergenze cardiovascolari, le azioni suggerite dai cardiologi lombardi includono: 1) una stretta collaborazione fra tutti gli specialisti coinvolti nella cura dell'infezione; 2) la definizione di linee guida per trattare le patologie cardiovascolari sia nei COVID positivi sia in quelli non infetti, salvaguardando la sicurezza degli operatori sanitari; 3) l'ottimizzazione del collegamento fra i diversi ospedali del territorio, centralizzando il più possibile i servizi dedicati al trattamento delle malattie cardiovascolari.

Giancarlo Bausano

