

In prima linea con AREU

Incontrai per la prima volta il dottor Alberto Zoli, attuale direttore generale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza della Lombardia, nell'aprile del 1999 a Kukes ai confini con il Kosovo, nell'ambito della missione 'Arcobaleno', in cui era responsabile sanitario della Colonna mobile regionale dell'Emilia-Romagna. A 21 anni esatti da quel primo incontro, in un contesto incomparabilmente più drammatico e tragico, ho chiesto al dottor Zoli di parlarci a tutto campo di questa pandemia che in Italia ha avuto (ed ha tuttora, mentre scrivo) come epicentro la Lombardia, dove AREU svolge un ruolo operativo imprescindibile nella sanità regionale



di Franco Pasargiklian

Alberto Zoli, direttore generale di Areu Lombardia dal 2008; nasce come medico dell'emergenza, poi medico di direzione sanitaria prima in Emilia-Romagna e poi in Lombardia, dove è direttore sanitario di un grande ospedale come il Niguarda. Altri cinque anni a Lecco come DS, e infine, Direttore generale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza della Lombardia.

Dottor Zoli, ci può descrivere quale è il ruolo di Areu?

Areu è un'azienda regionale che si fa carico di oltre dieci milioni di cittadini, in pratica un sesto della popolazione nazionale. Le missioni che nel tempo le sono state assegnate sono



sei: il soccorso sanitario 118; il numero unico di emergenza 112; la gestione del numero unico a valenza sociale 116117 per le cure mediche non urgenti; la sicurezza, trasporto e logistica nell'attività di trapianto di organi; i trasporti sanitari; il "sistema sangue" (raccolta, lavorazione e trasformazione in emoderivati).

Ci può ricordare quale è stata la genesi dell' 112 in Lombardia?

Il numero unico dell'emergenza 112 è stato sperimentato per la prima volta a Varese, nel 2010; poi gradualmente esteso a tutta la Regione. Oggi abbiamo tre Centrali Uniche di Risposta a Varese, Milano e Brescia. Nel 2015 è diventato servizio nazionale, organizzato sul modello che avevamo messo a punto noi in

Lombardia, che prevede una Unica Centrale di Risposta (CUR) per tutte le chiamate di emergenza, poi destinate a Polizia, Carabinieri, Soccorso sanitario e Vigili del Fuoco. Si tratta di un modello vincente, di cui i numeri quotidianamente raccolti nei bollettini nazionali confermano sempre di più la validità.

L'emergenza Covid-19 la vede anche presente nel comitato tecnico-scientifico del Ministero della Salute. Parliamo però soprattutto della situazione lombarda, epicentro nazionale dell'epidemia. Quale è stato il vostro percorso operativo, a partire dalle prime notizie in arrivo dalla Cina per arrivare alla scoperta del primo focolaio a Codogno.

Sono stato nominato da Angelo Borrelli quale





Quartier generale di Areu Lombardia. Alberto Zoli, a destra, nella nuova sala operativa attivata per l'epidemia. Questa sala è stata istituita come trabocco delle altre sale regionali e come polo tecnico formativo degli operatori, volontari e neo assunti, prima di essere distribuiti nei vari punti della Lombardia

membro del comitato tecnico scientifico fin da febbraio, e da subito ci siamo trovati ad occuparci di una materia in gran parte sconosciuta cercando di studiare i dati provenienti dalla Cina per cercare di 'organizzare' al meglio una nostra eventuale risposta; in quel periodo in quasi tutto il mondo non si prevedeva la pandemia che poi si è verificata. Personalmente ho lavorato con gli altri membri del Comitato per definire i criteri e documenti utili ai decisori politici per emanare le direttive o decreti relativi all'emergenza.

Il rapporto con la politica è duplice: da una parte è il destinatario del nostro lavoro, dall'altra ci sollecita con quesiti a cui cerchiamo di dare risposta, e che hanno come ultimo riferimento il ministro della Salute e il Presidente del Consiglio.

Come Direttore Generale di Areu Lombardia, l'esperienza sul nostro territorio parte dal 21 febbraio, giorno in cui a Codogno viene individuato il primo paziente affetto da Covid-19. È da lì che nasce l'Unità di Crisi lombarda, della quale faccio parte e che ha dovuto far fronte a un focolaio epidemico che in brevis-

simo tempo è diventata vera epidemia che ha investito decine di migliaia di cittadini lombardi.

Areu, come altre componenti del sistema regionale sanitario, ha avuto l'esigenza di riorganizzarsi e implementare il servizio a partire dal territorio.

Si sono aggiunti così in tempi brevissimi 150 mezzi di soccorso in più (fino a raggiungere un totale di 550 mezzi disponibili sul territorio regionale). Avere aumentato il numero delle ambulanze si è rivelato particolarmente utile, non solo per far fronte all'accresciuta richiesta di interventi, ma anche perché nei giorni della massima emergenza gli ospedali, trasformati prevalentemente in ospedali covid positivi, sono andati in saturazione per via dell'altissimo numero di pazienti da trattare nelle terapie intensive, subintensive e in qualsiasi altro spazio disponibile partendo ovviamente dal Pronto Soccorso.

Nel giro di una settimana siamo passati a gestire un numero impressionante di casi: dai 300 medi dei "tempi di pace" ai 1500 all'ora; e anche se gli ospedali in Lombardia



sono numerosi e la loro riconversione per la cura di questa malattia è stata fulminea (si sono riconvertiti i reparti ma anche medici, infermieri, tecnici e amministrativi hanno fatto tutti la loro parte) ma non si è riusciti a impedire che si saturassero al punto che le ambulanze dovevano sostare in fila nei pressi dei pronto soccorsi in attesa di trasferirvi i pazienti (in alcuni casi anche a oltre quattro ore senza poterle dirottare su altre sedi per l'estrema criticità dei pazienti: erano dei veri e propri centri di rianimazione dove oltre alla terapia con ossigeno, a volte si è proceduto anche all'intubazione). Oggi sono in studio diverse terapie farmacologiche per contrastare la malattia, ma in quella fase era l'ossigeno il farmaco indispensabile. I pazienti sospetti venivano sottoposti a tampone faringeo. Tuttavia quasi sempre le loro condizioni erano tali da rendere facilmente diagnosticabile la malattia senza bisogno di attendere l'esito di quell'esame. Il che permetteva di separare subito i pazienti evidentemente Covid positivi da quelli negativi, in modo da contenere il più possibile la diffusione dell'infezione.

La vera emergenza da risolvere per Areu è stata comunque la necessità da parte della popolazione di poter contattare il Servizio Sanitario sia per le situazioni di emergenza sia per avere informazioni sulla malattia. E mi riferisco a un numero impressionante di chiamate, circa 5 volte la norma.

Come siete riusciti a gestirle?

Abbiamo dovuto rimodulare il servizio dell'112, che da centrale destinata a smistare emergenze di ogni tipo, doveva diventare un luogo in grado di gestire chiamate prevalentemente sanitarie. Per questo motivo abbiamo addestrato personale non specializzato a rispondere utilizzando un formulario standard preparato appositamente per gestire in quella sede alcune attività del soccorso sanitario e 'proteggere' questa attività garantendo una risposta immediata alle patologie tempo dipendenti, compresa l'insufficienza respiratoria acuta tipica del Covid-19. Abbiamo fatto fronte sia alla domanda generica di informazioni sia a chiamate riferite a pazienti per cui la reazione immediata era sostanziale.





Equalmente abbiamo rivisto l'organizzazione del 118, il numero specifico del soccorso sanitario, implementandone le centrali operative perché fossero adeguate al decuplicarsi delle missioni che venivano richieste dal territorio. In questo caso, per far fronte all'aumento di chiamate, abbiamo istituito altre linee speciali e nuove centrali in appoggio al 118. Sono di conseguenza state fatte importanti integrazioni di personale e rivoluzionata l'organizzazione del lavoro, e tutto questo ha portato a una nuova gestione del soccorso. Per esempio in caso di linee sovraccariche, c'era la possibilità di essere richiamati: e questo avveniva al massimo nel giro di una ventina di minuti (ovviamente per i casi diffribili non tempodipendenti).

Poiché anche il 1500 del Ministero della Salute era andato in saturazione totale in quelle prime 48 ore, abbiamo creato il Numero Verde lombardo 800894545: dotato di due centrali e dedicato alla gestione della comunicazione e informazione del cittadino. Qui erano attivi 130 operatori dedicati: 80 a Milano e 50 in Sicilia. Per dare le dimensioni del fenomeno

bastano due cifre: il 23 febbraio sono state ricevute 408mila chiamate, e 208mila il 25.

Poi sono scoppiati i focolai Bergamo e Brescia... E a seguire le polemiche sulla non istituzione di nuove zone rosse in quelle aree.

Non si tratta di focolai, ma della vera e propria diffusione del virus cioè di un'epidemia. Focolaio poteva essere Codogno, ma a seguire bisogna parlare di epidemia. La Regione Lombardia ha sempre pensato, dal momento in cui Covid è diventato epidemia, che tutta la Lombardia dovesse diventare zona rossa. E se si guardano i dati, si vede che i decreti della Presidenza del Consiglio, le ordinanze e le restrizioni, erano in linea con quanto avveniva sul territorio. Mi riferisco in modo particolare alle misure di contenimento seguenti l'8 marzo. Se si guardano le date dell'emanazione delle norme e l'evoluzione dell'epidemia si capisce che ci sono ben pochi colpevoli. Era semplicemente l'andamento di una epidemia; che ha colpito la regione più popolosa d'Italia, e solo marginalmente



Aeroporto di Orio al Serio (BG). Operazioni di CROSS (Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario), ovvero trasporto di Pazienti CoViD-19 in terapia intensiva in strutture ospedaliere di altre regioni e anche di altri Stati. Nella seconda metà di marzo i posti di terapia intensiva erano pressoché saturi negli ospedali lombardi (foto di Martina Simona)

la contigua Emilia-Romagna (pesantemente nella provincia di Piacenza).

E poi c'è il problema delle RSA. Un fenomeno che abbiamo pensato inizialmente solo italiano ma che ora stiamo vedendo anche in altre nazioni europee. Cosa è accaduto in queste strutture?

Prima cosa: una RSA non è un ospedale. La Regione gestisce e ha come servizi propri gli ospedali, non le RSA, che per lo più sono private, e a loro la Regione può dare delle indicazioni di regole comportamentali, a partire dalla banale indicazione di isolare i presunti casi di Covid da tutti gli altri ospiti. Sono state impartite indicazioni che hanno certamente limitato il diffondersi dei contagi. Al di là delle polemiche, se si va al nocciolo della questione si capisce che le RSA possono avere avuto dei ritorni negativi sulla salute degli ospiti, ma dove si sono attenuti alle indicazioni e regole date si vedrà che abbiamo fatto il massimo possibile con quelle che erano le risorse disponibili, esattamente come per gli ospedali.

Altro tema delicato: quello del personale sanitario, medici e infermieri, che si è infettato e che ha avuto decine di morti. Protocolli non rispettati o colpa dell'assenza dei dispositivi di protezione individuale? Torniamo al discorso di prima: il medico di medicina generale non è all'interno di una struttura ospedaliera, quindi fa parte di un'altra organizzazione, che si chiama medicina generale. Come professionista il medico di base ha delle particolari regole comportamentali da seguire.

Che avesse o meno i DPI è un altro discorso. Tuttavia è vero che sono stati loro, con i medici e infermieri ospedalieri, i più esposti. Ma è anche vero che nella prima parte dell'anno il virus circolava senza che lo si sapesse. Non si sapeva neppure quindi né della necessità dei DPI né di dover attuare delle particolari procedure. Lo 'stato di guerra' è stato dichiarato solo il 21-22 febbraio. Quanto alla mancanza dei DPI, non è certo di Areu la responsabilità. Posso solo affermare che nel nostro Sistema Areu che conta circa 30000 cittadini impegnati nelle attività di soccorso sia come





Alberto Zoli a EXPO Milano 2015. Nell'anno di EXPO, la Lombardia con AREU costituì il NUE 112, dopo una prima sperimentazione in provincia di Varese. Successivamente anche le altre regioni realizzarono il numero unico di emergenza, adottando il modello organizzativo lombardo

sanitari che come soccorritori l'incidenza del contagio e' sotto l'1%.

La Regione è stata protagonista di un'imponente realizzazione in tempi record, quella della struttura per le terapie intensive in Fiera. Utile o meno? Ora o in prospettiva?

Certamente utile. Nella fase in cui è partito il progetto l'esigenza era ai massimi livelli. Non dimentichiamoci che in quel momento dalla Lombardia portavamo pazienti intubati e in ventilazione meccanica all'estero o in altre Regioni: oltre 120, la più grande operazione medevac della storia italiana recente. Per questo un sincero grande ringraziamento alla CROSS di Pistoia e al nostro DPC, abbiamo fatto insieme veri e propri miracoli.

Alla luce di quanto sta avvenendo, secondo lei, a cose decantate sarà necessario ripensare l'organizzazione della sanità in Italia?

Partiamo da questa riflessione: nei paesi occidentali avanzati dal punto di vista sanitario, un'epidemia viene controllata a monte

per via vaccinale. Ma quando c'è un virus che non si conosce e per cui non c'è vaccino, allora siamo completamente esposti. Anche una normale influenza avrebbe gli stessi effetti devastanti se non ci fosse la cosiddetta immunità di gregge o non ci fossero a disposizione le vaccinazioni. Ma altro è quando si parla di questi nuovi virus: da una parte c'è l'influenza tradizionale, dall'altra Sars1 e ora il virus che e' responsabile di Covid-19, molto virulento e letale per un elevatissimo numero di persone. La sua contagiosità e la velocità di diffusione hanno creato grosse difficoltà per l'avvio di normali misure di contenimento e credo che questo sia stato il grande problema che ha spiazzato tutti.

Ora si preme per la riapertura...

Sarà un momento da gestire con la massima attenzione per evitare il pericolo che l'epidemia riparta. Detto questo sarà in autunno che potremo, con la dovuta serenità e presa di distanza, trarre qualche riflessione più definitiva su quanto è avvenuto, e fare il punto per ripartire. ■