



## CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO (*XI Legislatura*)

### COMMISSIONE SPECIALE D'INCHIESTA SULL'ANDAMENTO IN VENETO DEI CONTAGI E DEI DECESSI DA SARS - COV- 2 DURANTE LA PANDEMIA, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA SECONDA “ONDATA”

(istituita con deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021)

(composta dai consiglieri Zottis, presidente, Cecchetto, vicepresidente, Brescacin, segretario, Baldin, Bigon, Boron, Camani, Cestari, Ostanel, Piccinini, Sandonà, Scatto, Soranzo<sup>1</sup>, Venturini<sup>2</sup>, Zecchinato)

## RELAZIONE DI MINORANZA

(Relatore: consigliera **Vanessa Camani**)

Presentata alla Commissione il 27 gennaio 2023 dalle consigliere Camani, Baldin, Bigon, Ostanel e Zottis

Trasmessa al presidente del Consiglio regionale del Veneto il 15 febbraio 2023, ai sensi del punto 3, lettera e) della deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021.

---

<sup>1</sup> Con nota n.14214 del 15 settembre 2021 il consigliere Soranzo ha comunicato le proprie dimissioni

<sup>2</sup> Con nota n.7395 del 11 maggio 2022 la consigliera Venturini ha comunicato le proprie dimissioni

## Commissione d'inchiesta

### Relazione

#### Premessa

*La pandemia ha travolto, e stravolto, direttamente o indirettamente, la vita di tutti.*

*Abbiamo vissuto collettivamente una situazione straordinaria, peraltro non ancora definitivamente superata, oggettivamente senza eguali nella recente storia del mondo.*

*In pochi giorni, da quel 21 febbraio 2020, la società italiana e veneta ha dovuto cominciare a fare i conti con una minaccia inedita, quella del virus.*

*I governi, a tutti i livelli, hanno dovuto stravolgere le loro agende e le loro priorità, mettendo la salute pubblica in cima ad ogni preoccupazione. I cittadini hanno dovuto abbandonare velocemente abitudini di vita consolidate e certezze radicate.*

*Sono molte le cose della pandemia che resteranno impresse nella memoria collettiva: il dolore per chi è morto o per chi ha sofferto e il ricordo dell'esperienza tanto unica quanto drammatica dei mesi del lockdown, con le città deserte e gli ospedali pieni.*

*Ma soprattutto ricorderemo il lavoro straordinario che il personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato ha messo in campo, e continua a mettere in campo, per tutelare la salute delle persone.*

*Un impegno, una abnegazione, un sacrificio, quello del personale delle filiere sanitarie, che non ha purtroppo potuto evitare conseguenze gravi ed estreme, in termini di vite umane. A tutti loro il nostro ringraziamento.*

*In questi anni drammatici abbiamo tutti maturato la consapevolezza di quanto sia importante l'impegno civile e la collaborazione, singola e collettiva.*

*L'impegno e la responsabilità dei medici e degli operatori sanitari appunto, quella dei volontari civili, delle forze dell'ordine, dei sindaci, di tutti coloro che hanno esercitato il dovere civico di proteggere ed agire.*

*Con impegno e responsabilità, dunque, abbiamo affrontato tutti insieme gli anni complicati della pandemia, e oggi, con il medesimo impegno e la medesima responsabilità, abbiamo il dovere di comprendere ciò che è realmente accaduto, di saper distinguere tra ciò che era inevitabile o incontrollabile e ciò che poteva invece essere previsto e, dunque, contenuto, e, conseguentemente, abbiamo il compito di individuare eventuali limiti ed errori nelle decisioni politiche.*

*Lo dobbiamo fare con serietà e rigore, per rispetto di chi ha sofferto e perché sia utile per le scelte che ancora ci attendono.*

*Con queste premesse il Consiglio Regionale del Veneto, "considerato che la dimensione e la drammaticità del fenomeno sia di per sé tale da rendere opportuno un compiuto approfondimento al fine di comprenderne le cause e verificare le eventuali responsabilità" ha con propria deliberazione istituito, l'8 giugno 2021, la "Commissione Speciale di inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da Sars-Cov-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata".*

## Sintesi dei risultati

Premettiamo che i lavori della Commissione sono stati fortemente limitati dalle frequenti difficoltà riscontrate nell'ottenere dagli uditi i materiali e i documenti di approfondimento richiesti. Sono numerose le sollecitazioni inviate dall'Ufficio di Presidenza, molte delle quali senza esito.

Malgrado queste difficoltà, riteniamo che i lavori della Commissione abbiano fornito l'occasione di mettere in chiaro alcuni cruciali aspetti.

Certamente l'andamento della pandemia, della diffusione del virus e delle sue conseguenze sulla salute delle persone, va interpretata come un *continuum* dal 21 febbraio ad oggi, ma la suddivisione della sua evoluzione in "ondate" può aiutarci a comprendere meglio come sia mutato il virus e la sua circolazione nel tempo e se siano stati opportunamente e tempestivamente adottati i provvedimenti più adeguati.

I nostri lavori si sono concentrati sulla fase collegata alla seconda ondata, quella che si è sviluppata nell'autunno del 2020 fino alle prime settimane dell'anno successivo, sebbene ci siano elementi di riflessione che riportiamo anche dalla fase precedente.

Per esserci "un'onda", dunque, devono presentarsi necessariamente almeno due elementi, uno che la fa crescere ed uno che la fa diminuire. E se l'elemento che la fa crescere è indubbiamente connesso alla contagiosità dell'agente infettivo e alla vulnerabilità al contagio, e cioè alle condizioni che facilitano la trasmissione, l'elemento che può far contrarre la crescita dei contagi, al netto dell'eventuale indebolimento del virus, contesto che sembrerebbe verificarsi, ad esempio, durante le stagioni più calde, è la minor suscettibilità delle persone, che, nel caso di un virus come il Sars-Cov-2 che si trasmette per via respiratoria, può essere realizzata riducendo la vicinanza tra soggetti.

### ***Sulla prima ondata***

È indubbio che il Veneto, pur essendo stato attaccato dal virus fra i primi in Italia e, sostanzialmente, con le medesime modalità che altrove, nella prima fase (primavera 2020) sia riuscito a difendersi meglio di altri territori.

Questo è avvenuto perché il Ministero della Salute, d'intesa con la Regione, è intervenuto tempestivamente nell'isolamento della zona in cui si erano registrati i primi casi, a partire dal piccolo comune di Vò sui Colli Euganei, e nella chiusura dell'ospedale di Schiavonia, perché si è realizzato precocemente uno screening significativo sulla popolazione di Vò, perché sono stati attivati con una certa efficienza una serie di protocolli e iniziative di tracciamento che hanno contribuito a ridurre l'impatto del virus sulle persone e sul sistema ospedaliero.

Ma ciò che ha avuto un impatto determinante, in Veneto e ovunque, nel contenimento di quella prima ondata, rispetto alla quale eravamo tutti impreparati, è stata indubbiamente la decisione del Governo di applicare restrizioni severe su spostamenti e contatti personali.

In prima battuta le restrizioni erano state limitate ad alcune zone, ritenute dal Governo particolarmente a rischio. Tra queste venivano ricomprese anche le tre province venete di Padova, Treviso e Venezia. Ricordiamo, a tal proposito, la reazione del Presidente Zaia che, sulla base di una relazione elaborata dal

Comitato tecnico scientifico<sup>1</sup> su richiesta dell'Unità di crisi della Regione Veneto, chiedeva lo stralcio dei territori veneti dal perimetro della zona rossa<sup>2</sup>.

Fortunatamente, al contrario, non solo il Governo mantenne le tre province nel decreto<sup>3</sup>, ma, pochi giorni dopo, con il D.P.C.M. del 9 marzo 2020, si assunse la responsabilità di estendere le misure restrittive a tutto il territorio nazionale, l'ormai famoso *lockdown*, decisione che ha consentito, come confermato in audizione dal Prof. Brusaferro<sup>4</sup>, dal dr. Rosi<sup>5</sup>, dal dr. Scibetta<sup>6</sup> e unanimemente da tutto il mondo scientifico, proprio in virtù della imponenza della misura, di salvare il paese da quella prima terribile ondata. La misura nazionale ha mantenuto formalmente i suoi effetti, seppur gradualmente allentati, fino al 18 maggio 2020.

In questa fase complicata, lo Stato e la Regione Veneto erano impegnati nel fronteggiare la diffusione del virus, condividendo la responsabilità di scelte, impopolari ma necessarie. Era il tempo in cui tutti si sentivano chiamati in causa, tutti coinvolti responsabilmente nel sacrificio, tutti accettando limitazioni alla propria libertà personale per salvare la salute pubblica, cioè di tutti.

Erano i giorni drammatici del corteo delle bare a Bergamo e dei reparti ospedalieri in difficoltà, in cui le persone avevano paura di morire. Eravamo a oltre 1.000 vittime al giorno a livello nazionale, di cui 50 solo in Veneto. E dunque si restava a casa. Erano i primi mesi delle conferenze stampa dalla sede della Protezione civile di Marghera (VE), in cui il Presidente Zaia giorno per giorno raccontava, unica fonte di informazione costante per i cittadini del Veneto, l'evoluzione della malattia e dei contagi.

Ma da lì a poco l'approccio del Veneto cambia, complice la crescente preoccupazione rispetto alle ricadute economiche del blocco delle attività<sup>7</sup>. Fin dai primi di aprile, anche grazie ad un meccanismo generoso di concessione di deroghe, il Veneto torna al lavoro<sup>8</sup>.

---

<sup>1</sup> Istituito con DGR Veneto n. 269 del 2 marzo 2020 - *"Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto"*, presieduto dal dr. Mario Sala (Direttore Sanitario Azienda Zero) e composto da dr.ssa Anna Maria Cattelan (Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale – Università di Padova), dr.ssa Evelina Tacconelli (Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona), prof. Andrea Crisanti (Direttore UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Andrea Vianello (Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Vincenzo Baldo (Università degli Studi di Padova, Dipartimento Scienze Cardio Toraco Vascolari), dr. Marco Baiocchi (Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Bassano- AULSS 7 Pedemontana, Presidente Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto), prof. Paolo Navalesi (UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Stefano Merler (Fondazione Bruno Kessler di Trento) dimessosi solo pochi giorni dopo, e dr. Francesco Zambon (coordinatore OMS per l'emergenza Covid).

<sup>2</sup> Si veda l'articolo de "Il Mattino di Padova" dell' 8 marzo 2020 *"Coronavirus, Zaia: No al Veneto zona rossa"*.

<sup>3</sup> D.P.C.M. 23 febbraio 2020, *Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

<sup>4</sup> *"la fase iniziale dove il lockdown è stato importante a livello nazionale e dove peraltro con il lockdown bisogna sottolineare che ha fatto in modo di bloccare sostanzialmente la diffusione dell'epidemia nelle zone dove era iniziata fondamentalmente e proteggere altre zone del Paese"*, Prof.Brusaferro, Presidente ISS, Seduta n. 5 del 14 settembre 2020.

<sup>5</sup> *"...eravamo già in pieno lockdown, ma non sapevamo ancora quali sarebbero stati gli effetti del lockdown, perché a posteriori lo sappiamo tutti che il lockdown ha funzionato, ..."*, Dr Rosi, Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 AULSS 3, Seduta n. 8 del 26 ottobre 2020.

<sup>6</sup> *"Intanto le certezze. Sul discorso dei comportamenti, ricordiamoci, ma non ricordiamolo, lo sappiamo tutti, che i metodi più efficaci per contrastare la diffusione di una pandemia sono mascherine e distanziamento sociale e quindi la libertà del singolo di seguire o meno. Tant'è vero che chiusi tutti in casa, lockdown, il virus è stato prontamente piegato."*, dr Domenico Scibetta, ex direttore generale AULSS 6 "Euganea", Seduta n. 10 del 24 febbraio 2021.

<sup>7</sup> Si veda articolo del "Corriere del Veneto" del 14 aprile 2020: *"Coronavirus, Zaia chiede aperture anticipate e sperimentali"*.

<sup>8</sup> Si veda Ansa del 23 aprile 2020: *"Zaia, aperto almeno 40% imprese Veneto"*.

Riprende, così, progressivamente una normalità, che ci condurrà alla fine formale del *lockdown* a metà maggio e ad una stagione estiva più serena, con i reparti ospedalieri che si svuotano di pazienti Covid e le persone che coltivano la speranza della fine di un incubo.

Sebbene tutti gli esperti e i politici sapessero che non sarebbe, purtroppo, stato così.

### ***La seconda ondata: il dramma del Veneto***

Durante la “pausa estiva dal virus”, lo Stato e le Regioni si attrezzano per affrontare il proseguo della pandemia.

La Regione Veneto ha rafforzato gli strumenti di monitoraggio. Report giornalieri vengono trasmessi alla Direzione del Dipartimento di prevenzione su numero di nuovi positivi, ricoveri, decessi, sulla situazione delle RSA, sul numero di tamponi effettuati e sull’andamento generale dell’epidemia, dati che confluiscono nel sistema regionale di biosorveglianza.

Esistono, come previsto dalla normativa nazionale, modelli previsionali che stimano l’andamento della curva epidemica e ne prefigurano gli scenari di sviluppo. La Regione adotta anche un nuovo Piano emergenziale per l’autunno<sup>9</sup> e aumenta esponenzialmente la sua capacità diagnostica, espandendo di molto le possibilità di realizzare test molecolari e acquistando sul mercato una rilevante quantità di test antigenici rapidi.

A livello nazionale il Governo già dall’aprile 2020<sup>10</sup> si attrezza con un nuovo e più complesso sistema di monitoraggio e di calcolo per i rischi pandemici.

Malgrado, rispetto alla prima fase, fossero enormemente accresciute conoscenze e analisi, malgrado l’aumento del numero di personale e addetti, malgrado fosse stata ampiamente superata la carenza di DPI sperimentata durante i primi mesi di pandemia, fin dall’inizio del mese di settembre il numero di contagi, e dunque la diffusione del virus, in Italia e nella nostra Regione appaiono preoccupanti perché aumentavano i ricoveri e purtroppo i decessi.

Si tratta di numeri assoluti impressionanti, rispetto ai quali dobbiamo dare risposte. Si tratta di persone, donne e uomini, che meritano attenzione. E dobbiamo necessariamente chiederci se avremmo potuto fare qualcosa di diverso per evitare questo dramma.

Questi numeri confermano che ciò che è successo in Veneto nella seconda ondata ha ben poco di ordinario. Gli studi confermano che il virus che circolava da noi era il medesimo che stava circolando in altre regioni e in altri territori. Quindi la forza dell’infezione, certamente più alta rispetto a quella della prima fase, non era una caratteristica solo del Veneto.

E dunque, perché qui ha prodotto conseguenze così pesanti?

La progressiva e costante crescita della presenza del virus in Veneto, tendenza iniziata a fine settembre 2020, è proseguita drammaticamente fino ai primi giorni del 2021, anche quando, nel resto del paese, i casi di contagio stavano diminuendo e gli indicatori sull’andamento dell’epidemia apparivano in miglioramento, in particolare nei territori in cui si era proceduto con l’introduzione di misure di restrizione e contenimento.

---

<sup>9</sup> D.G.R. n. 1103 del 06 agosto 2020.

<sup>10</sup> DM 30 aprile 2020.

Insomma, di fronte a questi numeri, e con le esperienze dei mesi precedenti, sapevamo tutti cosa sarebbe accaduto di lì a poche settimane.

### ***Negare l'evidenza***

Il primo dato, inequivocabile, da cui partire è ovviamente il numero di contagi. Chiaramente non è prevedibile l'andamento clinico di ogni singolo contagiato ma è chiaro che una crescita progressiva del numero dei nuovi casi è destinata a determinare un impatto diretto sul numero dei soggetti che presentano sintomi, sulla quantità di ricoveri, sul numero dei decessi, e, dunque, sulla tenuta del sistema sanitario, oltre che a influire verosimilmente sul tasso di pervasività del contagio.

Per queste ragioni apparve allora fuorviante sostenere, come ha fatto il Presidente Zaia ad ottobre 2020, che il 96% delle persone risultate positive al test fosse asintomatico<sup>11</sup>, sia perché il dato non risulta confermato dalle evidenze sia perché sembra finalizzato a sottostimare, anche nella percezione dell'opinione pubblica, la portata del dramma che invece già si profilava.

Così come apparve quanto mai scorretto il tentativo di negare questa semplice evidenza collegando l'aumento dei contagi quasi esclusivamente all'elevato numero di test eseguiti<sup>12</sup>. Sebbene, infatti, sia innegabile che la Regione Veneto fosse in grado di effettuare un numero giornaliero significativo di tamponi, e che, dunque, la possibilità di "incrociare" un positivo fosse più elevata rispetto ad altri contesti, è altrettanto vero che i numeri assoluti su positivi, ricoveri e decessi non lasciavano margini di discrezionalità. In realtà, banalmente si fanno più test perché c'è una maggiore circolazione del virus.

### ***La zona gialla***

Sappiamo come la seconda ondata, seppur con qualche differenza in termini di scansione temporale, abbia impattato su tutto il nostro Paese, e sul Nord in particolare, dall'autunno 2020. In alcune Regioni sono state tempestivamente applicate le misure restrittive previste dal Governo. La Lombardia è dichiarata "zona rossa" dal 6 novembre, l'Emilia Romagna va in "zona arancione" la settimana successiva.

Queste decisioni sembrano aver inciso efficacemente sui casi di contagio, tanto che gli indicatori nazionali appaiono in miglioramento, i decessi sembrano aver superato il picco e la pressione sugli ospedali inizia a calare.

Fa eccezione il Veneto, in cui la situazione è in peggioramento e i numeri mostrano che il virus continua a circolare, arrivando, a metà dicembre, a oltre 5.000 nuovi casi in un giorno. Si contano, in questa fase, nella nostra Regione, oltre il 20% di tutti i casi diagnosticati in Italia. E, ovviamente, continuano a crescere anche i ricoveri e i decessi.

Ma nonostante il peggioramento dell'epidemia, il Veneto rimane in zona gialla.

---

<sup>11</sup> Si veda la diretta online <https://www.larena.it/oltre-verona/veneto/contagi-ricoveri-e-ordinanze-zaia-in-diretta-1.8283858>

<sup>12</sup> Si veda articolo de "Il Fatto Quotidiano" del 18 dicembre 2020: "Coronavirus, il Veneto è la Regione con più casi al giorno. Ma per Zaia "servono altri criteri, noi facciamo tanti test rapidi".

Sappiamo che l'assegnazione ad una Regione di una classificazione specifica (zona rossa, arancione e gialla) si basa sull'analisi di due elementi: il livello di rischio, a partire dalla probabilità di diffusione del virus, e l'impatto che il contagio può avere sul sistema sanitario. Questa valutazione, combinata con l'indice Rt, calcolato sulla base di un complesso algoritmo, definisce la fascia di rischio.

### ***Quanto era probabile che il virus si diffondesse?***

L'affidabilità del calcolo di Rt, pur essendo rilevante, risente direttamente della qualità e della completezza dei dati forniti e dalla tempestività con cui sono comunicati. In particolare, un'indicazione essenziale per il calcolo è determinata dalla comunicazione della data di inizio dei sintomi.

Il rischio concreto, dunque, è che, se i dati arrivano in ritardo e in maniera non completa e corretta, si produca una sottostima dell'indice e si contribuisca a far diminuire le restrizioni da adottare o adottate. E la qualità dei dati tende a peggiorare con il crescere dell'epidemia, a fronte della incapacità delle aziende sanitarie locali di garantire il puntuale tracciamento e raccogliere le informazioni.

E noi sappiamo, dalle audizioni, che proprio in quel periodo la Regione Veneto ha registrato grossi problemi nella raccolta dei dati a causa di un problema serio legato all'inserimento tempestivo nel sistema informatico dei numeri dei nuovi casi e del loro stato clinico.

Sappiamo che la Regione Veneto era una delle peggiori (seconda dopo la Lombardia) per la qualità del monitoraggio<sup>13</sup> (Indicatore 1.1).

Ciò che non sappiamo, perché gli auditi non hanno chiarito il punto, è quanto fosse grave il ritardo nell'invio, quanto fosse imprecisa l'indicazione sullo stato clinico, quanti casi abbia riguardato, a che periodo temporale preciso si riferisse e per quanto tempo si sia prolungata.

Così come non hanno chiarito quale sia l'impatto che queste irregolarità abbiano avuto sul calcolo dell'Rt e, dunque, sulla assegnazione della corrispondente zona di rischio al Veneto.

Ma ciò che sappiamo è che nel monitoraggio di metà novembre e dicembre, la Regione Veneto, pur presentando un rischio alto, e cioè presentando una pressione pesante sui servizi sanitari, ha evitato la zona arancione proprio per un indice Rt inferiore alla soglia.

Nel medesimo periodo, proprio a fronte dell'elevato numero di casi di positività che emergevano quotidianamente, l'attività di *contact tracing* era praticamente saltata in tutte le AULSS venete.

Come conferma, tra gli altri, anche il dott. Giovanni Pavesi, l'ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica", quando afferma che *"Una attività diffusa di contact tracing con livelli di contagi così alti come assisteremo nella seconda ondata del Covid rischiò di essere un'attività utile, ma sicuramente non incisiva"*<sup>14</sup>. E dunque anche l'ordinaria attività di presa in carico, monitoraggio e analisi del dato risultava generalmente molto in ritardo, quando non inattendibile. Con gravi disagi non solo ai fini del monitoraggio nazionale ma anche dei cittadini coinvolti.

Emblematico, sul punto, il "caso scuole".

<sup>13</sup> Fonte: monitoraggio settimanale ISS

<sup>14</sup> Seduta n.10 del 24 febbraio 2022.



Il dott. Paolo Fortuna, Direttore Generale AULSS n. 6 “Euganea” a tal proposito afferma<sup>15</sup> *“come dicevo appunto, l'ondata si è riverificata nell'autunno, durante la quale non c'è stato un immediato lockdown, c'è stata l'apertura delle scuole, c'è stata una progressione e sappiamo appunto che poi sono intervenute anche le zone (...)”*

Anche il Dott. Giovanni Guastella, Vice Segretario vicario FIMMG, conferma che<sup>16</sup> *“il SISP si occupava di tracciamenti in delle scuole. Ci sono stati degli errori anche commessi in quel momento. Tracciamento sui luoghi di lavoro, altri errori che sono stati commessi. Purtroppo, il numero di casi era talmente alto che le scuole, di fatto, i tracciamenti non li faceva spesso il SISP, si faceva in modo ritardato e spesso li facevano le scuole. Quindi, personale non adeguato a fare i tracciamenti. Il fatto di non aver chiuso dopo completamente ci ha permesso di lavorare, eccetera, è aumentato il numero di casi. È chiaro che un lockdown più stretto avrebbe ridotto i casi, ma non so se questo avrebbe accelerato la risoluzione del problema. Secondo me, la risoluzione del problema è la vaccinazione”.*

Il 2 ottobre è emanata l'Ordinanza n. 105<sup>17</sup> con la quale si dettano le Linee di indirizzo per la gestione dei casi Covid nelle scuole e nei servizi per l'infanzia.

Il tanto rigoroso quanto teorico approccio metodologico proposto, nell'esperienza quotidiana di tante famiglie venete si è dimostrato totalmente inefficace, in particolare per la difficoltà dei SISP di garantire nei tempi previsti le attività di *screening* e monitoraggio.

Il “tampona a tempo zero”, cioè al momento della rilevazione di un caso positivo nella comunità-classe, era un miraggio, le ore di attesa per i bambini e i ragazzi fuori dai punti tampona infinite, la data del possibile rientro in classe un mistero irrisolvibile.

Le scuole e il personale scolastico hanno dovuto affrontare e sostanzialmente nessuna scuola è stata messa nelle condizioni di realizzare quanto previsto dal Protocollo, prima fra tutti la possibilità di effettuare i tamponi ai contatti scolastici direttamente nella struttura scolastica. E le famiglie, tra Didattica a-distanza e temporanee misure di isolamento dei figli, hanno dovuto in qualche modo arrangiarsi.

Questo è solo un esempio di come, molto spesso e ancor più in quei mesi, esisteva una distanza siderale tra ciò che i protocolli o le previsioni regionali ipotizzavano e ciò che realmente accadeva nel mondo reale, tra le persone.

Del resto il tracciamento era saltato. Ormai la possibilità di bloccare anticipatamente la diffusione del virus circoscrivendo tempestivamente i contatti diretti del positivo era definitivamente archiviata. Insomma, non c'era più il modo di “seguire il virus”. Perché era ovunque. E le sue traiettorie non più controllabili.

Nel frattempo il Veneto ha deciso di non caricare i dati regionali sulla App Immuni. Il 16 ottobre la Consigliera regionale Cristina Guarda presenta un atto di sindacato ispettivo<sup>18</sup> sulla base di notizie apprese a mezzo stampa<sup>19</sup> proprio sul mancato funzionamento in territorio veneto della App Immuni e sul mancato perfezionamento da parte delle competenti strutture della sanità veneta.

<sup>15</sup> Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022.

<sup>16</sup> Seduta n. 11 del 13 giugno 2022.

<sup>17</sup> O.P.G.R. Veneto 2 ottobre 2020, n. 105 *“Linee di indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia”* del 02.10.2020 a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria – Area Sanità e Sociale.

<sup>18</sup> Interrogazione a risposta immediata n. 1 *“App Immuni resa inutile in territorio veneto: il presidente della Giunta chiarisca”* presentata il 16 ottobre 2020.

<sup>19</sup> Si veda articolo: [https://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/politica/20\\_ottobre\\_14/immuni-mai-caricati-usl-dati-positivi-veneto-1972382a-0dea-11eb-a0fa-5985683fd478.shtml](https://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/politica/20_ottobre_14/immuni-mai-caricati-usl-dati-positivi-veneto-1972382a-0dea-11eb-a0fa-5985683fd478.shtml)



Inoltre ci si dedica alla realizzazione di una applicazione regionale di tracciamento digitale, che però non ha mai visto la luce, malgrado annunci e risorse impiegate.

### ***Quanto poteva essere pericolosa per la salute pubblica la diffusione del virus?***

A dimostrare che la situazione in Veneto stava peggiorando ci sono anche altri indicatori dell'epidemia, come quello sui decessi e sulle ospedalizzazioni, nei reparti di pneumologia, malattie infettive, medicina generale e, ovviamente, nelle terapie intensive.

Ma la pressione sulle terapie intensive era rilevante non solo ai fini della salute delle persone: aveva un impatto determinante anche sul calcolo della pericolosità del virus.

Superare il 30% di occupazione dei posti letto disponibili di terapia intensiva faceva scattare immediatamente la zona rossa. Con il DM del 30 aprile 2020 erano, infatti, stati individuati i valori di allerta al fine dell'adozione dei conseguenti provvedimenti restrittivi.

Ora, per quanto in quei mesi si sia profuso uno sforzo enorme nel migliorare anche le dotazioni ospedaliere, in particolare ricorrendo a fondi nazionali, sappiamo quanto sia impegnativo implementare il numero di aree ospedaliere così complesse come le terapie intensive, sia per le necessarie dotazioni di attrezzature che per quelle di personale.

Anche per queste ragioni è lo stesso Ministero della Salute che, partendo dalle disponibilità esistenti, fissa le quote di incremento che devono realizzare le Regioni<sup>20</sup>.

Il Veneto, dunque, si adegua a questa previsione e, aggiungendo 331 posti letto ai 494 già attivi, arriva a dichiarare l'esistenza di 825 posti letto di terapia intensiva presenti in Regione Veneto, attuando già in questa fase un aumento maggiore di quanto richiesto.

Ma il numero è destinato a crescere ancora. A maggio i posti letto diventano 840, aumentando ancora la sovradotazione rispetto a quanto richiesto dal Ministero. E ad agosto addirittura 1.000, una parte dei quali non attiva, ma "attivabile", secondo una definizione non meglio precisata.

Nel corso delle audizioni abbiamo avuto ripetutamente modo di verificare come quella definizione si riferisse a contesti di terapia intensiva non meglio precisati, non prontamente utilizzabili, probabilmente dotati dell'impiantistica necessaria ma certamente senza la disponibilità concreta di personale medico dedicato.

La Regione Veneto, dunque, ha scelto di andare ben oltre il numero di posti letto di terapia intensiva rispetto al parametro indicato dal Governo e lo ha fatto ricorrendo a terapie intensive non pienamente realizzate, perché nella realtà i posti letto attivati non sono mai stati più di 700.

Perché?

La spiegazione più ovvia ci riporta ancora al tema della zona rossa.

Se avessimo utilizzato il riferimento ai posti letto realmente esistenti e operativi, e cioè 700, la Regione Veneto avrebbe superato la soglia del 30% di occupazione, con l'immediata applicazione della zona rossa o arancione, verosimilmente nella prima metà di novembre.

---

<sup>20</sup> Circolare 2627-P del 01 marzo 2020, Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

Ma la storia andò diversamente. E come era lecito pensare, con il parametro dei 1.000 posti letto, la zona rossa non scattò.

### ***La sicurezza dei più esposti al virus: come si dovevano usare i test rapidi?***

Una sezione rilevante delle audizioni, ma soprattutto la gran parte dell'opinione pubblica, anche nazionale, si è occupata della valutazione sull'appropriatezza degli strumenti diagnostici impiegati nei diversi contesti.

Anche la Procura di Padova ha, a tal proposito, avviato indagini preliminari che, ad oggi, a quanto è noto, vedono indagati l'ex direttore del laboratorio di microbiologia dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso, dr. Roberto Rigoli e l'ex DG di Azienda Zero dr.ssa Patrizia Simionato.

La magistratura, dunque, svolgerà la sua funzione e contribuirà a definire alcune delle questioni che sembrano mostrare zone d'ombra.

Ma crediamo che anche la politica, e dunque questa Commissione, debba assumersi la responsabilità di esprimere alcune valutazioni su quanto avvenuto e sulle scelte assunte.

Allora, al netto di ciò che emergerà dall'indagine in corso in Procura di Padova, ci sono alcune domande che meritano una risposta.

Come dovevano essere impiegati i test rapidi? E, di conseguenza, sappiamo quanto erano realmente affidabili?

Sul punto vi è stato un interessante confronto all'interno della comunità scientifica, oltre che un acceso dibattito politico. Anche nel corso delle nostre audizioni si sono manifestati punti di vista diversi, a tratti persino discordanti.

Occorre, dunque, evitare di entrare nel dibattito di natura scientifica e restare sulla valutazione delle scelte adottate e della loro coerenza rispetto alle indicazioni ufficiali degli organismi nazionali ed internazionali.

Premettiamo che, di fronte agli scenari inediti dettati dal Covid, le valutazioni scientifiche, tanto quanto le decisioni politiche, si siano definite nel tempo, a volte aggiornandosi sulla base di nuove conoscenze acquisite, a volte modificandosi sulla base dei comportamenti del virus, in ogni caso sempre con un atteggiamento precauzionale, in cui cioè la sicurezza della salute delle persone fosse messa al primo posto. Anche quando questa priorità poteva comportare costi sociali ed economici. Purtroppo non sempre il principio di prudenza a tutela della salute pubblica sembrerebbe esser stato seguito quando il conto da pagare era politico, connesso cioè al consenso elettorale.

Il tema della diagnosi della malattia è stato fin dall'inizio strategico nella lotta contro il virus. Fin da subito, anche a livello europeo, si indaga il campo della diagnostica e si cerca di fornire indicazioni che siano omogenee a livello comunitario.

Mentre sull'attendibilità dei test molecolari non c'è alcun dubbio, l'efficacia dei rapidi è andata crescendo mano a mano che la ricerca scientifica accresceva le sue conoscenze e competenze.

Oggi disponiamo infatti di test antigenici rapidi di quarta generazione che si avvicinano molto alle performance dei molecolari, con l'indubbio vantaggio della rapidità dell'esito.

Ma nella seconda ondata ancora non c'erano i test di quarta generazione. E sulla sensibilità di quelli precedenti, di prima, di seconda, ma anche di terza, i dubbi permangono.

Proprio sulla base di queste perplessità, anche il Ministro della Salute, sulla base di un parere del Comitato Tecnico Scientifico nazionale, già a ottobre stabilisce con chiarezza l'ordine di priorità nell'impiego dei test. Per gli operatori sanitari e, in generale, per il personale impiegato in contesti ad alto rischio, il *gold standard*

è il test molecolare. Il rapido può essere impiegato, in questi contesti, solo in via residuale, in particolare per verificare la positività di soggetti sintomatici.

Inoltre, già dall'estate precedente, il Veneto si era attivato per acquistare quantità ingenti di test antigenici Abbott per decine di milioni di euro.

Malgrado questo punto fosse indiscutibile, la Regione Veneto adotta una decisione diversa. Test rapidi, anche di prima e di seconda generazione, per tutti. Fin dal settembre 2020. E questa decisione non cambiò neppure di fronte al parere chiaro del Ministro. E non cambiò neppure di fronte ai numeri impressionanti dei decessi nelle case di riposo e alla diffusione del contagio nei reparti ospedalieri tra pazienti e operatori.

Anche quando il lavoro di approfondimento svolto per l'Università di Padova dal Professor Crisanti ha messo in dubbio l'affidabilità dei test rapidi, la preoccupazione principale del Presidente Zaia non è stata quella di verificare la correttezza dei contenuti dello studio ma di smontare la credibilità accademica del professore e del suo lavoro.

Permangono, dunque, molte perplessità sul punto. L'indagine della Procura da un lato, e il continuo lavoro di ricerca scientifica dall'altro potranno contribuire a far chiarezza.

Nel frattempo si è consolidata la convinzione che non ci sia stata sufficiente protezione dal virus in alcuni contesti di fragilità.

### ***Cosa si poteva fare?***

La pandemia ha posto la politica di fronte a scenari totalmente imprevisi.

La necessità di assumere decisioni mai prese prima e di doverlo fare rapidamente in un contesto caratterizzato profondamente dall'incertezza ha indubbiamente stressato tutto il sistema istituzionale.

Soprattutto quando quelle da assumere erano decisioni impopolari, che mettevano un freno pesante alle libertà individuali.

Il Governo, in particolare nella prima ondata, ha deciso di assumersi pienamente questa responsabilità. Imporre per legge il primo *lockdown* della storia repubblicana, sulla base di quanto anticipato dalla Cina, ha rappresentato indiscutibilmente una scelta difficilissima, ma che *ex-post* possiamo definire azzeccata nel contenimento della pandemia. Tanto che poi molti altri Paesi hanno adottato i medesimi provvedimenti.

Nel rapporto con le Regioni si è avuto, nelle prime battute, un effetto-Babele, che ha portato molte Regioni a fare "giurisprudenza", come il Veneto che con le prime ordinanze ha imposto un protagonismo inedito dei territori.

E inaugurato anche un protagonismo nuovo del Presidente Zaia.

Nei mesi del *lockdown* le conferenze stampa da Marghera, che raccontavano ai veneti cosa stesse accadendo fuori dalle loro case, hanno segnato un punto di svolta: hanno mostrato un decisionismo di Zaia efficace sul piano delle scelte operative, anche quando le scelte da compiere erano complicate.

Ma dopo la prima fase anche quel decisionismo responsabile sembra aver ceduto il passo alla suggestione di una riapertura accelerata, sottoposto alle pressioni dell'opinione pubblica che cominciava a dare segnali di insofferenza verso le limitazioni della libertà e del mondo produttivo che aveva estrema necessità di ripartire.

Probabilmente, in questa fase, ha prevalso anche la preoccupazione di occupare la scena. Era chiaro fin da subito, infatti, che tra i tanti stravolgimenti dettati dalla pandemia anche il dibattito pubblico era ormai

monopolizzato da questo fenomeno. Ed era chiaro che questo fenomeno rappresentava un palcoscenico strepitoso per pochi attori.

Come se, da Marghera, Zaia avesse sostituito la funzione informativa della prima fase con una funzione principalmente comunicativa. Anche il luogo si trasforma, nei fatti, da sede di Protezione Civile a punto stampa, in un colloquio costante e diretto con il pubblico televisivo.

Come è naturale che sia, il prevalere della dimensione comunicativa su quella informativa ha anche modificato l'approccio della Regione e del Presidente. All'obiettivo fondamentale della lotta al virus si era aggiunto anche il tema del consenso, a maggior ragione in una Regione che da lì a pochi mesi sarebbe andata alle urne per decidere se confermare o meno il suo Governatore.

In questa fase, infatti, cambia anche dal punto di vista del metodo prescrittivo la cifra dell'azione regionale. L'atteggiamento particolarmente restrittivo dei primi mesi, si trasforma, già ad aprile 2020, quando Zaia intraprende un approccio più permissivo, spingendo per riaprire tutto e subito.

In un vortice in cui, spesso, la ricerca di visibilità del Presidente del Veneto, e non solo del Veneto per la verità, nell'esibizione di decisionismo produce anche momenti di incertezza e di confusione rispetto alla sovrapposizione di tanti atti di diversi livelli.

Siamo nella fase di massima espansione del potere decisionale delle Regioni. Il Governo decide di utilizzare il dialogo diretto con i Presidenti di Regione per qualsiasi decisione e sottomette all'intesa con essi qualsiasi provvedimento che abbia ricadute regionali.

Il Veneto apre. La ripresa delle attività economiche produce, in questa regione, un rimbalzo impressionante. Siamo una delle Regioni in Italia che meglio si rialza dal punto di vista economico e produttivo dalla prima ondata.

E quando da fine settembre il virus torna a circolare, soprattutto in Veneto e nel nord, è difficile riportare tutto alla precauzione.

Il Governo, preoccupato dai dati del monitoraggio, seppur con meno forza e consenso, riprende un graduale ritorno alle restrizioni. Iniziano anche manifestazioni di piazza e di protesta, perché in tanti non vogliono fermarsi di nuovo.

E consegna ufficialmente parte delle responsabilità alle Regioni, per definire gli interventi nella maniera più chirurgica possibile, senza imporre divieti dove non sono necessari ma, al contempo, richiamando al rigore dove i dati si fanno preoccupanti.

Ma in questa fase, malgrado le cifre su contagi e ricoveri fossero in rapida ascesa, prevale nelle numerose ordinanze che si susseguono quasi settimanalmente, un approccio molto contraddittorio. Si chiude solo dove non si può fare a meno, si chiude solo dove non si genera troppo scontento. Quindi scuole sì, attività economiche no.

Abbiamo i numeri che raccontano la situazione che stavamo attraversando. Oggi sappiamo che da ottobre a marzo in Veneto i morti per Covid sono stati 8.282. Peggio di noi, nella seconda ondata solo la Lombardia, con oltre 13.000 morti ma anche il doppio della popolazione.

Abbiamo un Presidente di Regione che fin dal primo momento ha assunto la responsabilità, e dunque la paternità, delle decisioni da prendere per i veneti contro la pandemia.

Sappiamo che rimangono alcune pesanti ombre su questioni cruciali in riferimento alle modalità di calcolo dell'algoritmo e in riferimento alla definizione a livello nazionale del livello di rischio tecnico del nostro

territorio. Pensiamo al tema dell'inserimento dati per il calcolo dell'Rt e alla questione dei posti reali in terapia intensiva, affrontati in precedenza.

Conosciamo gli appelli che scienziati, mondo accademico, ma anche organizzazioni sindacali e politiche, rivolgevano costantemente a Zaia per chiedere misure più efficaci di contenimento.

Abbiamo dimostrato come le misure adottate fino ad allora non si siano rivelate sufficientemente efficaci per salvare il Veneto.

Le abbiamo tentate tutte, insomma, senza riuscire a contenere il virus. Tranne una.

Quella di assumersi la responsabilità di ammettere che alle condizioni date era necessario un sistema più rigoroso di chiusure. Ammettere che per salvare i veneti, quelli a scuola, al lavoro, ma anche quelli ricoverati nelle case di riposo, si doveva adottare la misura estrema prevista dalla zona rossa.

Anche a costo di perdere un po' della credibilità di "Regione virtuosa nella lotta al Covid" accumulata durante la prima ondata. Anche a costo di perdere un po' di consenso. Anche a costo di non essere più i primi della classe.

Abbiamo detto all'inizio quanto la pandemia abbia imposto a tutti di mettere la salute pubblica sopra ogni altra necessità. Avremmo dovuto, anche in questa fase, restare fedeli a questo principio.

Dichiarare il Veneto zona rossa, applicare le relative misure di protezione.

Era tutto nelle mani del Presidente Zaia. Aveva il potere per farlo. Forse le cose sarebbero andate diversamente.

Ma questa decisione non è mai stata assunta.

### ***Scienza e politica***

C'è una storia collegata alla pandemia che apre uno sguardo nuovo su ciò che è accaduto in Veneto durante la seconda ondata pandemica e cosa continui a succedere ora.

E cioè come interpretiamo il rapporto nuovo che la diffusione del Covid ci ha trasmesso tra scienza e politica?

E come costruiamo un rapporto utile con i tecnici che molto hanno fatto in quei mesi durissimi?

C'è una prima questione cruciale. Il rapporto che si determina tra chi ha compiti direzionali, di natura organizzativa, con le collegate responsabilità tecniche, e chi deve, invece, assumere la responsabilità politica delle scelte, a maggior ragione quando probabilmente impopolari.

Dunque, il primo ruolo, quello dei tecnici, o degli scienziati.

Essi servono indubbiamente, o dovrebbero servire, a trovare soluzioni, pur mantenendo la loro funzione consultiva. Possono essere coinvolti nel processo decisionale, capaci di dare consigli strategici od operativi. In alcuni casi, anche durante la pandemia, le loro competenze si sono rivelate risolutive.

Una collaborazione, dunque, leale, ciascuno per la propria competenza.

Durante i mesi concitati dell'emergenza abbiamo invece sovente assistito ad una sorta di competizione sul proscenio mediatico, a livello nazionale quanto sul piano regionale.

Le intercettazioni telefoniche, pubblicate da diversi organi di stampa, sembrano raccontare di una sorta di guerra nella guerra: la guerra contro il Covid, in cui tutti a diverso titolo eravamo impegnati, e la guerra tra potere politico e scienza.

Toccherà, anche in questo caso, alla magistratura valutare se questo scontro presenti anche profili di natura penale, ma tocca a noi definire il confine invalicabile tra lecito e illecito sul piano etico.

Ed è evidente che, da quello che sembra emergere, il quadro nel quale si è mosso il Presidente Zaia per contrastare alcuni professionisti sul campo scientifico esuli totalmente dalle sue competenze. Oltre ad essere politicamente incomprensibile in una fase in cui l'attenzione massima e gli sforzi di tutti avrebbero dovuto essere orientati a ben altre priorità.

Inoltre, appare francamente disarmante, quanto parrebbe mergere dal contenuto sin qui diffuso di alcune trascrizioni di alcune intercettazioni telefoniche, e cioè la relazione tra il Presidente Zaia e uno dei Dirigenti apicali del comparto sanità della Regione Veneto.

La libertà con cui il Presidente sembra dettare ordini al Dirigente e il servilismo con cui egli corrisponde al rimprovero, gettano una luce inquietante sulle modalità di esercizio del potere da parte del Presidente della Regione Veneto.

Certo quel dirigente è stato nominato direttamente da lui, ma nulla autorizzerebbe a considerarlo un dipendente del Presidente.

Al netto di cosa diranno le Procure, rimane il dubbio della capacità di reale autonomia dell'apparato dirigenziale della sanità veneta.

Mentre emerge chiaramente l'arroganza di chi, chiamato a rappresentare la Regione e a tutelare la salute dei veneti, si occupa di esercitare il proprio potere, tentando di piegare l'amministrazione ai propri obiettivi politici.

## CAPITOLO 1.

### I NUMERI VERI

Riprendendo dal Report “IMPATTO DELL’EPIDEMIA COVID-19 SULLA MORTALITÀ TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE - ANNO 2020” prodotto da ISTAT e ISS, pubblicato il 5 marzo 2021 e presente nel sito del Ministero della Salute, emergono i dati principali relativi alle prime due ondate pandemiche.

Il Veneto, soprattutto a causa della forza con cui si è manifestata la seconda ondata, ha presentato un tasso di incidenza cumulata standardizzato nelle due ondate di 5.252/100.000 abitanti, ovvero il terzo più elevato dopo due piccole realtà, molto diverse dal Veneto, come la Valle d’Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano, e superiore anche a quello della Lombardia (cfr. Tabella 1 a p. 5 del Rapporto ISTAT-ISS, di seguito riportata).

**Tabella 1. Distribuzione mensile dei casi di Covid-19 segnalati dalle Regioni e Province Autonome al Sistema di Sorveglianza Integrato nel periodo 20 febbraio – 31 dicembre 2020.**

Regione \ ripartizione	marzo-maggio	giugno-settembre	ottobre-dicembre	anno 2020	tasso di incidenza standardizzato *
Piemonte	30.120	4.819	161.072	196.051	4.359,0
Valle d'Aosta	1.184	125	5.936	7.245	5.599,0
Lombardia	86.264	17.199	362.209	466.653	4.516,1
Pa Bolzano	2.493	780	24.952	28.226	5.263,2
Pa Trento	4.718	1.110	16.955	22.783	4.056,7
Veneto	18.426	8.793	234.256	261.742	5.252,0
Friuli-Venezia Giulia	3.260	1.618	45.951	50.835	4.114,7
Liguria	9.399	3.683	46.702	59.797	3.804,1
Emilia-Romagna	26.564	7.530	137.643	172.007	3.795,1
Toscana	9.483	4.893	103.956	118.340	3.158,3
Umbria	1.433	1.049	26.108	28.591	3.270,6
Marche	6.562	1.309	33.616	41.518	2.685,1
Lazio	7.545	9.755	146.417	163.722	2.773,3
Abruzzo	3.318	1.209	31.812	36.340	2.757,9
Molise	485	241	6.367	7.093	2.316,0
Campania	5.049	8.746	166.049	179.864	3.084,5
Puglia	4.804	3.496	86.577	94.881	2.345,6
Basilicata	458	414	10.333	11.207	1.988,0
Calabria	1.426	894	23.429	25.750	1.331,8
Sicilia	3.508	4.184	93.459	101.160	2.027,2
Sardegna	1.473	2.585	27.874	31.933	1.947,0
<b>Nord</b>	<b>182.428</b>	<b>45.657</b>	<b>1.035.676</b>	<b>1.265.339</b>	<b>4.448,4</b>
<b>Centro</b>	<b>25.023</b>	<b>17.006</b>	<b>310.097</b>	<b>352.171</b>	<b>2.917,4</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>20.521</b>	<b>21.769</b>	<b>445.900</b>	<b>488.228</b>	<b>2.365,6</b>
<b>Italia</b>	<b>227.972</b>	<b>84.432</b>	<b>1.791.673</b>	<b>2.105.738</b>	<b>3.437,7</b>

\*Tasso standardizzato di incidenza cumulata 01 febbraio-31 dicembre 2020 ogni 100.000 abitanti (Popolazione Standard Italia Censimento 2011).

Fonte: ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

Addirittura nel medesimo report, aggiornato però a gennaio 2022, che rivaluta i dati rispetto alla popolazione standard europea 2013, il Veneto presenta nel 2020 un tasso di incidenza standardizzata inferiore solo alla Provincia Autonoma di Bolzano (cfr. Tabella 2 a p. 5 del Rapporto ISTAT-ISS - Anni 2020-2021 e gennaio 2021, di seguito riportata).



**Tabella 2. Valori assoluti regionali dei casi COVID-19 e tassi standardizzati (per 100.000 abitanti) con popolazione standard Europa 2013. Anni 2020-2021**

Regione\ripartizione	casi 2020	tasso di incidenza standardizzato	casi 2021	tasso di incidenza standardizzato
Piemonte	198.554	4.209	297.434	7.527
Valle d'Aosta	7.216	5.095	8.919	7.618
Lombardia	471.311	4.362	767.244	8.271
Pa Bolzano	29.972	5.395	60.164	11.756
Pa Trento	22.755	3.615	39.853	7.665
Veneto	264.816	5.151	396.339	8.901
Friuli-Venezia Giulia	51.653	4.049	106.804	9.429
Liguria	59.503	3.752	94.065	7.027
Emilia-Romagna	176.058	3.828	399.327	9.944
Toscana	119.483	3.203	282.221	8.645
Umbria	28.624	3.390	63.053	8.405
Marche	42.014	2.651	102.755	7.425
Lazio	171.402	2.966	356.758	6.823
Abruzzo	35.857	2.730	77.032	6.738
Molise	6.817	2.265	11.466	4.395
Campania	200.261	3.464	402.026	7.527
Puglia	92.672	2.247	245.350	6.613
Basilicata	10.783	1.921	27.042	5.514
Calabria	24.182	1.290	89.575	5.237
Sicilia	98.370	1.980	298.343	6.676
Sardegna	31.659	1.970	60.960	4.417
<i>Nord</i>	<i>1.281.838</i>	<i>4.354</i>	<i>2.170.149</i>	<i>8.581</i>
<i>Centro</i>	<i>361.523</i>	<i>3.030</i>	<i>804.787</i>	<i>7.569</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>500.601</i>	<i>2.444</i>	<i>1.211.794</i>	<i>6.547</i>
<b>Italia</b>	<b>2.143.962</b>	<b>3.438</b>	<b>4.186.730</b>	<b>7.681</b>

Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Se, come sostenuto da alcuni, il numero di casi è dovuto anche ad un maggior ricorso ai tamponi, ancora più indicativi sono i dati sulla mortalità legata al Covid, riportati nel medesimo Report ISTAT-ISS (cfr. Tabella successiva a p. 10 del Rapporto ISTAT-ISS).

**Tabella 4b. Variazione percentuale dei decessi per il complesso delle cause nel periodo ottobre-dicembre e totale anno 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, e decessi per Covid-19 per regione, ripartizione e Italia**

Regione\ripartizione	ottobre-dicembre				anno 2020			
	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid
Piemonte	20.730	53,0	3.519	58,7	66.054	22,9	7.583	126,1
Valle d'Aosta	601	63,7	239	153,0	1.849	24,8	384	246,1
Lombardia	34.572	37,1	8.243	66,3	136.249	36,6	25.120	208,6
Pa Bolzano	1.603	39,1	504	85,3	5.458	22,7	792	135,0
Pa Trento	2.127	65,4	536	77,9	6.626	29,9	942	137,8
Veneto	18.173	44,4	4.891	81,5	57.836	16,7	7.079	117,9
Friuli-Venezia Giulia	5.330	45,6	1.420	78,8	16.617	12,5	1.794	100,2
Liguria	7.392	33,9	1.234	51,7	25.827	16,8	2.851	120,1
Emilia-Romagna	16.221	25,4	3.413	57,3	59.665	17,2	7.825	135,0
Toscana	14.092	26,5	2.465	48,4	48.135	8,6	3.604	71,2
Umbria	3.288	24,6	525	43,5	11.131	5,6	610	51,0
Marche	5.439	23,7	719	34,7	20.123	12,6	1.709	84,1
Lazio	17.996	22,5	2.753	42,0	62.161	5,5	3.717	56,5
Abruzzo	4.592	19,8	786	47,3	16.296	6,1	1.264	76,8
Molise	1.201	27,2	174	42,8	4.127	5,9	203	49,8
Campania	17.896	29,4	2.879	53,7	59.425	7,0	3.447	64,3
Puglia	12.752	30,5	1.998	45,6	44.650	12,1	2.614	59,7
Basilicata	1.997	24,7	213	32,4	6.839	5,3	251	38,7
Calabria	5.580	11,1	366	17,2	21.331	4,0	497	23,3
Sicilia	16.010	24,3	2.358	45,0	56.753	5,8	2.747	52,4
Sardegna	5.634	34,9	692	35,4	18.994	12,8	858	43,9
<i>Nord</i>	<i>106.749</i>	<i>40,0</i>	<i>23.999</i>	<i>65,2</i>	<i>376.181</i>	<i>24,6</i>	<i>54.370</i>	<i>151,6</i>
<i>Centro</i>	<i>40.815</i>	<i>24,2</i>	<i>6.462</i>	<i>43,1</i>	<i>141.550</i>	<i>7,5</i>	<i>9.640</i>	<i>64,5</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>65.662</i>	<i>26,1</i>	<i>9.466</i>	<i>43,5</i>	<i>228.415</i>	<i>7,7</i>	<i>11.881</i>	<i>54,6</i>
<b>Italia</b>	<b>213.226</b>	<b>32,3</b>	<b>39.927</b>	<b>54,2</b>	<b>746.146</b>	<b>15,6</b>	<b>75.891</b>	<b>103,9</b>

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

Considerando l'intero 2020, quindi entrambe le ondate, il Veneto presenta un tasso standardizzato di decessi Covid pari a 117,9 l'ottavo più alto tra le regioni italiane.

Ma se ci limitiamo al periodo ottobre-dicembre, il Veneto presenta un tasso di 81,5 ed è in questo caso la terza regione con il dato peggiore, dietro appunto a Valle d'Aosta e P.A. Bolzano.

In questa drammatica classifica la Lombardia risulta addirittura ben più indietro, con un valore di 66,3.

Inoltre va considerato che la seconda ondata in Veneto si è affievolita più tardi rispetto alle altre regioni, ovvero a inizio 2021. Ciò ha comportato che gli effetti sulla mortalità da covid relativi alla seconda ondata si siano risentiti almeno anche per tutto gennaio 2021. Su questo lo studio non riporta un dato specifico per la nostra regione ma solo alcune considerazioni generali, comunque utili: *“Gli effetti della seconda ondata epidemica sulla mortalità proseguono nel 2021. Per il mese di gennaio si stimano 70.538 decessi, 2 mila in più rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019 e 8 mila e 500 in più rispetto a gennaio 2020; questo eccesso per il 75% riguarda le regioni del Nord”*.

Altre analisi, basate sempre su dati dell'ISS e del Ministero, sono apparse sulla stampa in merito all'incidenza della seconda ondata, con altre elaborazioni che approfondiscono il "caso Veneto".

Tra queste, il Sole 24 Ore, 16 gennaio 2021<sup>21</sup> riporta un'analisi dei dati da cui risulta che *"Il dato che certifica questo primato negativo è il numero di vittime per Covid ogni 100mila abitanti. Un numero che non mente, a differenza di quello dei contagi accertati, che dipende dalla capacità di tracciamento delle singole regioni. Con 117 vittime ogni 100mila abitanti dal 1° settembre 2020 al 15 gennaio 2021, il Veneto è primo tra le grandi regioni italiane nell'indice di mortalità. Solo la Valle d'Aosta (196 vittime ogni 100mila abitanti) ha fatto molto peggio ma su una scala demografica nettamente inferiore (...). E conclude: "Che cosa non ha funzionato in Veneto? Sicuramente il fatto di essere stato a lungo in zona gialla, una fascia che come hanno riscontrato gli esperti non è una garanzia di contenimento della circolazione virale, non è stato di aiuto. Insieme a un certo rilassamento nei comportamenti della popolazione più volte denunciato dallo stesso governatore Zaia. Nelle ultime settimane la situazione dei ricoveri in regione è in miglioramento, segno che il peggio della seconda ondata potrebbe essere alle spalle. Ma il numero delle vittime, che come sappiamo è sempre l'ultimo a scendere, resta purtroppo elevato"*.

Sul tema si invita anche a prendere visione del contributo del Dott. Enzo Migliorini, demografo che ben conosce il Veneto, del 19 gennaio 2021<sup>22</sup>.

Migliorini stima così i possibili eccessi o meno di mortalità rispetto alla media: *"Dal 4 marzo al 25 aprile la minore mortalità veneta rispetto alla mortalità nazionale si traduce in 17,5 morti in meno ogni 100.000 abitanti, quindi in 858 morti in meno, che devono la vita al modello seguito dalla regione, a cominciare dalla zona rossa di Vo'. Disatteso il modello in novembre e dicembre, la mortalità per Covid-19 nel Veneto, ostinatamente lasciato in zona gialla, è salita alle stelle, mentre nelle zone rosse calava drasticamente. Dal 4 novembre al 30 dicembre i morti eccedenti nel Veneto rispetto alla media nazionale sono stati 23,3 per ogni 100.000 abitanti, per un totale di 1.142 persone che probabilmente si sarebbero salvate se il Veneto fosse stato classificato zona rossa. Aggiornando i dati al 7 gennaio l'eccedenza sale a 32,72 per un totale di oltre 1.600 morti in più. Naturalmente non si può affermare che la morte di questi 1.600 veneti sia certamente da attribuire alla zona gialla, perché sicuramente hanno concorso anche l'abuso dei tamponi rapidi poco affidabili nelle RSA e l'assenza di strutture per l'isolamento dei positivi, come gli alberghi sanitari della Toscana: l'isolamento fiduciario in casa, senza alcuna assistenza medica, è un formidabile strumento per la moltiplicazione dei contagi e dei morti. Se poi è alta la percentuale di positivi che muoiono significa che il sistema sanitario non è in grado di curarli. E forse le terapie intensive non si riempiono perché i malati muoiono prima di arrivarci, o appena arrivati."*

Il tema dei decessi, in relazione alle restrizioni adottate per le varie regioni, è oggetto anche dello studio da parte di diversi ricercatori. Per esempio, nell'articolo del 18/05/2021 a firma del Professore di Econometria Dott. Enrico Rettore su "lavoce.info"<sup>23</sup> si fa una comparazione dei decessi avvenuti in varie regioni, tra cui il Veneto, utilizzando i dati ufficiali. Confrontando Veneto e Lombardia, afferma che *"fino alla fine di ottobre i decessi nelle due regioni sono pressoché uguali. Poi aumentano più rapidamente in Lombardia, fino alla prima settimana di dicembre. A partire dalla seconda settimana di dicembre i morti lombardi sono crollati: da 700 a 200 circa, nell'arco di tre settimane. In Veneto la crescita è continuata regolare, con un accenno di diminuzione nei primi giorni dell'anno, seguito da un calo a partire dall'ultima settimana di gennaio"*.

<sup>21</sup> <https://www.ilsole24ore.com/art/covid-ecco-regioni-che-hanno-avuto-piu-vittime-seconda-ondata-maglia-nera-valle-d-aosta-veneto-e-friuli-ADXHrWDB>

<sup>22</sup> <https://www.neodemos.info/2021/01/19/zone-gialle-e-zone-rosse-il-caso-del-veneto/>

<sup>23</sup> <https://www.lavoce.info/archives/74483/tre-regioni-e-una-provincia-le-misure-anti-covid-funzionano/>

Un tema che emerge forte è quello del perché il Veneto sia rimasto fino al periodo natalizio in zona gialla, dato che dai dati esposti si può desumere come un passaggio anticipato in zona arancione, se non rossa, avrebbe determinato un minor numero di contagi e decessi Covid-19 (si vedano le Tabelle successive tratte dallo studio del Prof. Rettore).



Nell'articolo si conclude che: *“la nostra stima basata sul confronto tra zone confinanti dice che una parte rilevante dei decessi osservati in Veneto sarebbe stata evitata adottando restrizioni analoghe a quelle delle regioni vicine. In particolare, provvedimenti analoghi a quelli adottati in Lombardia nelle cinque settimane da inizio novembre a metà dicembre – i mesi critici per lo sviluppo della seconda ondata – avrebbero dimezzato il numero dei decessi registrati in Veneto tra dicembre e febbraio”*. Parliamo di migliaia di decessi che si sarebbero potuti evitare.

Anche il Prof. Crisanti, nel corso dell'audizione del 12 ottobre 2021, dice che *“è uscito uno studio estremamente informativo del dottor Merler su “Nature Communications”, sull'impatto della zona gialla, arancione e rossa sulla trasmissione. Da questo studio emerge chiaramente che la zona gialla ha un impatto minimo sul blocco della trasmissione.”*

## CAPITOLO 2.

### IL VALORE RT E ALTRI INDICATORI

Uno degli indicatori più rilevanti nel monitoraggio sulla possibile capacità di diffusione del virus e per l’assegnazione alle Regioni da parte del Governo del livello di rischio, e delle eventuali restrizioni connesse è il cosiddetto “Rt”<sup>24</sup>.

Questo indice rappresenta il tasso di contagio e cioè, semplificando, il numero medio di persone che in media è in grado di contagiare un’altra persona già positiva al Covid.

L’Rt è, dunque, un parametro di riferimento importante per misurare la potenziale pericolosità della diffusione del virus. La caratteristica principale di questo indice è che viene calcolato solo sulle persone sintomatiche e, dunque, a differenza del numero assoluto dei contagiati, non viene influenzato dalla quantità di test somministrati.

Anche sulla base di questo indice, il Veneto, da metà settembre in poi, ha sempre presentato un indice Rt superiore al valore soglia 1, registrando a metà ottobre una vera impennata.

<b>Settimana</b>	<b>Incidenza *100.000</b>	<b>Rt [sintomi]</b>
Sett. 37 (2020-09-07)	18,1	0,91
Sett. 38 (2020-09-14)	22,2	1,06
Sett. 39 (2020-09-21)	28,8	1,16
Sett. 40 (2020-09-28)	38	1,1
Sett. 41 (2020-10-05)	64,3	1,15
Sett. 42 (2020-10-12)	101	1,73
Sett. 43 (2020-10-19)	203,4	1,47
Sett. 44 (2020-10-26)	355,7	1,57
Sett. 45 (2020-11-02)	434,3	1,26
Sett. 46 (2020-11-09)	439,4	1,16
Sett. 47 (2020-11-16)	442,1	1,2
Sett. 48 (2020-11-23)	428,2	1,13
Sett. 49 (2020-11-30)	475,6	0,91

Fonte: Rapporto Istituto Superiore di Sanità

Teniamo presente che un parametro Rt superiore a 1,5 sulla base delle previsioni del Ministero, rappresenta il contesto peggiore e indica una situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo. Inoltre è compatibile con le previsioni collegate alla “zona rossa”.

<sup>24</sup> [https://www.iss.it/coronavirus/-/asset\\_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/faq-sul-calcolo-del-rt#:~:text=La%20definizione%20del%20numero%20di,nel%20corso%20di%20un'epidemia.](https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/faq-sul-calcolo-del-rt#:~:text=La%20definizione%20del%20numero%20di,nel%20corso%20di%20un'epidemia.)

Purtroppo, anche sull'attendibilità di questo indice si sono evidenziate, nel corso della Commissione, diverse incongruenze, prima tra tutte quella relativa ad una non corretta imputazione proprio nel momento in cui la rilevazione nella nostra Regione aveva superato il valore critico dell'1,5.

In particolare, durante le audizioni è chiaramente emerso che tra ottobre e la prima settimana di novembre ci sia stata una difficoltà nel caricamento a sistema dei dati relativi al tracciamento dei positivi. A cascata, i dati comunicati agli enti nazionali preposti sono risultati parzialmente incompleti e/o non perfettamente corretti, anche se all'interno della tolleranza permessa.

Un tracciamento incompleto o impreciso dei casi ha una serie di implicazioni. Direttamente sul calcolo di  $R_t$  ma indirettamente anche su altri dei 21 indicatori previsti dal Ministero per l'attribuzione del livello di allerta e di restrizioni (colori).

Malgrado si siano audite diverse persone sul punto, non si è riusciti a chiarire se e come, dati alla mano, in questo periodo di inserimento tardivo e impreciso dei dati, possa essersi determinata una potenziale alterazione di alcuni indicatori oggetto di monitoraggio. Le risposte poco puntuali e la vaghezza rispetto al funzionamento dei database impiegati, lasciano molti dubbi su cosa sia davvero avvenuto in quelle settimane e su come venissero registrati i nuovi casi. E, di conseguenza, se il calcolo dei relativi indicatori sia avvenuto su numeri corretti.

Nella seduta straordinaria della commissione V del 4 maggio 2021, presente il Presidente Zaia, la Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria) afferma che *"a un certo punto il software che avevamo messo in piedi (...) nelle prime fasi dell'epidemia, il cosiddetto PIC-19 (...) è stato via via sostituito perché avevamo bisogno di un'anagrafe vaccinale solida, (...) abbiamo avuto, a partire dall'estate, un affiancamento tra il PIC 19 e il SIAVR (...) una trasposizione dei dati in un sistema più efficiente"*.

Sembra, dunque, che l'inserimento in ritardo e scorretto sia avvenuto anche in conseguenza del passaggio da un software all'altro, passaggio avvenuto in piena curva pandemica.

Inoltre, dalle parole della Dott.ssa Russo si ricava la sostanziale conferma che l'impreciso inserimento dei dati non riguardava soltanto la mancata segnalazione dei nuovi casi positivi, ma anche, e soprattutto, l'indicazione sulla sintomatologia.

Continua la Dott.ssa Russo: *"Io ho fatto, con i miei colleghi, con i miei collaboratori, un'estrazione per capire quanti soggetti, nell'ambito della Regione Veneto, nel mese di ottobre e la prima settimana di novembre, non erano stati presi in carico, anche perché in quel periodo cominciamo ad avere tantissimi casi; se vi ricordate, le nostre frequenze di incidenza giornaliera erano 3.000, 3.500, 4.000 e purtroppo siamo arrivati anche a 5.000 un giorno".* E aggiunge: *"Abbiamo individuato tutti i soggetti che, dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre non erano stati presi in carico: li abbiamo marcati con la dizione "asintomatici". Questo non comporta nessuna differenza nel calcolo dell' $R_t$  e quindi nel passaggio di area, perché l' $R_t$  non considera né quelli non presi in carico né quelli che sono asintomatici. L' $R_t$  considera solo i soggetti sintomatici e poi ci torno"*.

Queste parole confermano che i nuovi casi venivano inseriti nel database, e dunque registrati per il monitoraggio, con ritardo, e senza che fosse data indicazione sulla presenza o meno di sintomi, ovvero sullo stato clinico.

L'Ing. Gubian, Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero fino ad ottobre 2020, nella seduta del 3 agosto 2021 esplicita, peraltro, chiaramente, che il problema non fosse imputabile a questioni specificamente tecniche e informatiche: *"tra ottobre e dicembre io ricordo tutto sommato fino alle 19 di ottobre, (...) che il problema fosse nell'effettuare il contact-tracing, nel rilevare quello che viene chiamato stato clinico. Nei momenti di picco, in quasi tutti i momenti di picco, si sono rilevati, ovviamente, dei ritardi di imputazione di quei dati sostanzialmente. (...) non credo ci sia stato nessun problema strettamente legato all'informatica."*.



Abbiamo, dunque, appurato che l'inserimento dati per il periodo ottobre- prima settimana di novembre non è avvenuto tempestivamente. Abbiamo anche verificato che il ritardo non dipendeva da malfunzionamenti tecnologici. E, a seguito delle audizioni, abbiamo anche avuto conferma che i nuovi casi, una volta inseriti nel database, seppur in ritardo, venivano in ogni caso iscritti come asintomatici. Dichiara, infatti, ancora Gubian: *“Il valore di default poteva essere o asintomatico finché non vengono indicati dei sintomi quindi forse è questo anche che ha portato poi la dottoressa Russo, come diceva, prima a dichiarare che erano marcati come asintomatici”*. E aggiunge: *“Quindi qui probabilmente, in assenza di sintomi, non trovava indicato dei sintomi perché non ancora rilevati, in questo caso, veniva comunque, come valore di default, si dice, impostato ad asintomatico”*.

Il numero di nuovi casi di positività e il loro stato clinico sono dati che incidono in maniera significativa sul calcolo dell' $R_t$  e sulla valutazione delle possibilità di contenimento del contagio. E, conseguentemente, incidono anche sull'assegnazione alla Regione del colore.

Su quali effetti possa aver avuto questa modalità di procedere: *“nel calcolo  $RT$  ci finiscono solo i pazienti sintomatici, quindi se uno toglie pazienti, ma se li toglie da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore (...) il risultato non cambia. Quindi capire qual è l'impatto del sintomatico o non asintomatico nel calcolo dell' $RT$ , è un azzardo dare una risposta di qualsiasi tipo, senza aver fatto un'analisi prima perché, se li tolgo da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore, non cambia niente; se l'asintomatico lo tolgono solo dal numeratore o solo dal denominatore, chiaramente posso alzarlo o abbassarlo senza essermi reso conto di quello che sta succedendo. Quindi, ripeto, per dire qualcosa su come può impattare sul calcolo dell' $RT$ , bisognerebbe mettersi lì con degli statistici, fare un'analisi, ricostruire in quel periodo che numeri si sono utilizzati e, a questo punto, arrivare a una conclusione.....Sul numero degli asintomatici posso fare delle ipotesi, che vanno verificate, su cosa potrebbe essere successo; ma come questo abbia impattato sull' $RT$  è tutta un'altra partita, dal punto di vista puramente statistico, matematico.”*

Nella seduta del 14/09/21 Pezzotti, statistico dell'ISS, sul calcolo dell' $R_t$  dice: *“è legata proprio alla variazione da una settimana all'altra di questi casi. Quindi in particolare dovrebbe essere meno sensibile anche a un eventuale sotto notifica dei casi sintomatici a meno che questo non avvenga in una particolare settimana. In generale quindi se c'è stato un meccanismo di classificazione degli stadi clinici abbastanza omogeneo nel periodo comunque l'indicatore non ne risente.”*

È evidente che se durante una settimana si fa un buon tracciamento dei sintomatici ma quella seguente ciò non avviene, l' $R_t$  sarà più basso del reale. Recuperando gli errori di tracciamento da una settimana all'altra inserendo tardivamente i dati della settimana precedente e lasciando comunque indietro l'inserimento dei dati nuovi, si continuerà a mantenere sottostimato l'indice  $R_t$ .

Del resto, a riprova che la classificazione tempestiva dello stato clinico asintomatico/asintomatico incida sull' $R_t$  basta ricordare il caso della Lombardia che a gennaio 2021 aveva chiesto all'Istituto Superiore Sanità di accettare la rettifica di alcuni dati precedentemente inviati e risultati, solo successivamente, imprecisi. Con la modifica inviata dalla Regione Lombardia e accolta da ISS, che ha di fatto abbassato il numero sintomatici e alzato della stessa cifra gli asintomatici, il risultato prodotto ha comportato un cambio molto netto del calcolo dell'indice  $R_t$ . Con i dati inseriti dalla Regione Lombardia nel database il 13 gennaio 2021 il valore medio di  $R_t$  era calcolato di 1,4, con i dati sovrascritti poi il 20 gennaio successivo l'indicatore  $R_t$  si è abbassato a 0,88 come valore medio. Questo cambiamento di  $R_t$  ha portato anche ad un cambiamento nelle restrizioni, facendo passare la Lombardia da zona rossa ad arancione.

Naturalmente, non essendoci stati forniti i dati precisi in riferimento a questi errori e ritardi negli inserimenti del periodo ottobre-prima settimana di novembre, risulta impossibile affermare con certezza quale effetto questo fatto abbia comportato, concretamente, sulla veridicità del calcolo di  $R_t$ . Ma è chiaramente impossibile escludere che non ci sia stato alcun impatto. E infatti nessuno degli auditi lo ha fatto.



Quale sarebbe stato il valore Rt se i dati fossero stati caricati correttamente e per tempo?

E, di conseguenza, quale colore sarebbe stato assegnato, già a novembre, al Veneto se quell'indice fosse stato correttamente calcolato?

Certamente questi malfunzionamenti si registrano nella fase in cui il numero di contagi cresceva esponenzialmente. E potrebbero essere dipesi semplicemente dall'umano limite degli addetti all'inserimento di tenere il passo dell'incremento dei casi.

Ma fatalità ciò avviene esattamente nelle settimane in cui la nostra Regione, per la prima volta dall'inizio della seconda ondata, sembrava avvicinarsi rapidamente alla zona arancione<sup>25</sup>.

Sappiamo quanto il tracciamento dei casi sia fondamentale nella lotta contro il virus, sia per finalità di monitoraggio in tempo reale degli sviluppi del contagio sia per circoscrivere efficacemente i contatti con soggetti positivi.

Si rilevi anche che, come confermato da Brusaferrò nella sua audizione del 12 settembre 2021, "questi dati ovviamente vengono caricati dalle nostre Regioni (...)" la responsabilità dell'invio dei dati era totalmente a carico delle Regioni e l'ISS non aveva alcuno strumento per verificarne tempestività o correttezza.

L'unico indicatore predisposto nel set per testare l'affidabilità dei dati è quello che riguarda la segnalazione della data di inizio sintomi (Indicatore 1,1 del monitoraggio). E' un indicatore *proxy* che può aiutare a comprendere, appunto, l'affidabilità del dato e la tempestività della sua trasmissione.

Per essere considerato attendibile il flusso di dati, come da Protocollo del Ministero della Salute, deve presentare almeno nel 60% dei casi l'indicazione della data di inizio dei sintomi.

Nel periodo di riferimento, ad esempio (22-28 novembre), il Veneto, pur rispettando il parametro del 60% risulta essere la seconda peggior regione italiana, dopo la Lombardia, rispetto a questo indicatore (Lombardia 72%, Veneto 82%, Emilia Romagna 100%, Friuli Venezia Giulia 100%)

---

<sup>25</sup> Si veda articolo online de "TrevisoToday" del 23 ottobre 2020: "Covid-19: allarme arancione in Veneto, Zaia temporeggia sull'ordinanza.

## CAPITOLO 3

### LO STRANO CASO DELLE TERAPIE INTENSIVE

La capacità del sistema sanitario regionale di affrontare i ricoveri, disponendo delle strutture necessarie e garantendo le cure adeguate, si rivela fin da subito fondamentale.

Proprio per implementare le capacità di risposta ospedaliera, il Ministero della Salute<sup>26</sup> già a marzo 2020 chiede alle Regioni un impegno straordinario per incrementare la disponibilità di posti letto, con aumenti del 50% dei posti di Terapia Intensiva (TI) e del 100% dei posti letto in unità operative di pneumologia e malattie infettive isolati ed allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio (inclusa la respirazione assistita).

L'unità di crisi della Regione Veneto approva, dunque, il 15 marzo 2020 il primo Piano di emergenza che prevede l'attivazione di 331 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva rispetto ai 494 attivi nelle strutture pubbliche o private convenzionate al 1° marzo 2020<sup>27</sup> arrivando quindi a un totale di 825 posti letto.

Già con questo primo piano la Regione Veneto decide di attuare un incremento di posti letto di terapia intensiva maggiore rispetto a quanto richiesto esplicitamente dalla Circolare ministeriale. Ben 84 posti in più.

Lo stesso piano regionale, poi, prevede anche l'attivazione di 298 posti letto aggiuntivi di terapia semintensiva, passando dagli 85 del 1° marzo a un totale di 383 posti letto, e l'individuazione di ulteriori 1.612 posti letto aggiuntivi da dedicarsi alle malattie infettive, passando dai 165 del 1° marzo 2020 a un totale di 1.777 posti letto.

Durante i mesi successivi la Regione conferma al Ministero, che pubblica il dato sul sito Agenas, la disponibilità di 825 posti letto di terapia intensiva.

Sul numero delle terapie intensive la Regione interviene poi anche con la delibera di Giunta n. 552 del 5 maggio 2020 "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità di posti letto e definizione di indirizzi organizzativi." con cui si procede ad una riorganizzazione dei posti letto di terapia intensiva utilizzando autonome basi e metodologie di calcolo, aumentando ulteriormente il numero di posti dichiarati e arrivando, quindi, ad un totale posti letto di terapia intensiva pari a 840.

---

<sup>26</sup> Circolare 2627-P\_01/03/2020 della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

<sup>27</sup> Da programmazione sanitaria regionale i posti letto di terapia intensiva dovevano essere 559

Estratto della tabella di pag. 2/3 della DGR 552/2020

<b>Terapia intensiva (codice 49)</b>	
POSTI LETTO DA SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA	559
POSTI LETTO AGGIUNTIVI ATTIVAZIONE CREU	191
POSTI LETTO RICONVERTIBILI IN FASE EMERGENZIALE	90
<b>totale terapia intensiva</b>	<b>840</b>

Con il DL 34/2020<sup>28</sup>, in particolare con i commi 1 e 2 dell'articolo 2 "Riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19", il Governo rende strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva, garantendone il relativo finanziamento, e definisce per ciascuna Regione e Provincia autonoma una dotazione pari a 0,14 posti letto di terapia intensiva per mille abitanti.

Per il Veneto ciò significa 211 posti di terapia intensiva in più rispetto ai 494 comunicati inizialmente al Ministero.

Il decreto-legge prevede altresì che le Regioni e le Province autonome debbano programmare una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva e che per almeno il 50 per cento di tali posti letto sia possibile una immediata conversione in posti letti di terapia intensiva.

Per il Veneto questo si dovrebbe tradurre in un aumento di 343 posti letto di terapia semintensiva, di cui 172 convertibili in terapia intensiva. Per il Governo, quindi, la Regione Veneto dovrebbe realisticamente rendere disponibili un totale di 877 posti letto, di cui 705 di terapia intensiva e 172 di terapia semintensiva immediatamente convertibili in posti letto di terapia intensiva.

Con DGR 782 del 16 giugno 2020<sup>29</sup> la Regione Veneto applica quanto previsto dal DL 34/2020 e, in particolare, (vedi Tabella 2 dell'allegato E) individua i presidi ospedalieri in cui allocare i 211 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e i 343 posti letto aggiuntivi di terapia semintensiva di cui 172 immediatamente convertibili in posti letto di terapia intensiva.

<sup>28</sup> Decreto legge del 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19".

<sup>29</sup> Delibera di Giunta regionale n. 782 del 16 giugno 2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria."

Sembra quindi che la Regione aderisca in pieno ai parametri indicati dal governo portando quindi la dotazione complessiva di posti letto di terapia intensiva a 877.

Inspiegabilmente però la Regione Veneto con la DGR 1103 del 6 agosto 2020<sup>30</sup> indica in 1.016 la disponibilità di posti letto di terapia intensiva, utilizzando di volta in volta numeri e parametri massimi presi da provvedimenti diversi (in particolare le DGR n. 614/2019, n. 552/2020 e n. 782/2020) di programmazione ordinaria (DGR 614/2019) e straordinaria (DGR n. 552/2020 e n. 782/2020) discostandosi ancora una volta da quanto previsto dalla programmazione nazionale e da quanto previsto nella DGR 782/2020 di recepimento di quanto definito nel DL 34/2020.

Il numero complessivo delle terapie intensive è stato poi ulteriormente aggiornato con decisione dell'Unità di crisi a 1.000 posti letto a partire dal 22 ottobre 2020. In tal modo il Veneto dichiarava che teoricamente poteva disporre di 20,5 posti di terapia intensiva per 100.000 abitanti, che risulta il rapporto più alto in Italia<sup>31</sup>, in luogo dei 14/100.000 disposti dal DL 34/2020.

Sin qui la ricostruzione di quanto definito sulla carta in riferimento alla quantità dei posti letto di terapia intensiva attivati o attivabili entro le 48 ore.

Esiste poi un ulteriore problema che potremmo definire di qualità dei posti letto. E che dovrebbe fare in modo che i posti letto "sulla carta", e cioè dichiarati negli atti ufficiali, corrispondano a posti letto effettivamente esistenti nella realtà. Ciò significa che ogni posto letto per essere reale deve avere un luogo idoneo, le attrezzature ed il relativo personale sanitario specializzato.

A tale proposito ci tornano utili le affermazioni fatte in sede di V commissione o di audizione in Commissione.

Nella seduta di V commissione consiliare del 4 maggio 2021 il Dott. Paolo Rosi, Direttore del Suem 118 e del Dipartimento di Emergenza dell'AULSS 3, affermava che: *"... Allora innanzitutto definiamo cos'è per noi un letto disponibile, un letto vero, un letto che esiste: è innanzitutto un letto adeguato, quindi dev'essere un letto da terapia intensiva che consente di far assumere al paziente tutte le posizioni necessarie alle sue condizioni cliniche e anche di immobilizzarlo in maniera semplice. Deve avere un ventilatore da terapia intensiva, quindi, che ha capacità di erogare tutte le tipologie di ventilazione necessarie alle diverse fasi della gestione e non un ventilatore da sala operatoria, non un ventilatore da sub-intensiva. Deve avere le pompe di infusione per i farmaci più delicati di impiego. Deve avere le pompe volumetriche per infondere liquidi, deve avere un monitor, che si chiama multiparametrico, che registra tutti i parametri vitali del paziente. Questo è il singolo letto. Il letto va inserito in un contesto dove sono disponibili anche altre attrezzature di sala: riguardano, ad esempio, l'ecografo, riguardano la centralina di monitoraggio per seguire tutti i pazienti, riguardano l'emogasanalizzatore, ma in alcuni casi anche l'installazione di una TAC al servizio al centro della sala intensiva, laddove quella centralizzata era troppo distante per poter garantire l'assistenza ai pazienti. Esistono poi delle caratteristiche dei locali che devono essere garantite, quindi, al di là della climatizzazione, degli adeguati ricambi d'aria, ci deve essere una fornitura di ossigeno adeguata ad alto consumo perché se le tubazioni non sono adeguate le tubazioni ghiacciano e quindi non si possono assistere i pazienti, ci deve essere l'aria compressa, ci deve essere il vuoto; ora noi di letti con queste caratteristiche ne abbiamo 1000, questi letti ovviamente non sono attivi sempre, perché sarebbe piuttosto ridicolo tenere medici e infermieri a guardare dei letti vuoti, quindi il sistema che abbiamo messo in piedi prevede la attivazione progressiva di questi letti disponibili ... Come si attivano questi ulteriori letti? Ovviamente reclutando il personale, perché man mano che l'epidemia cresce, vanno chiuse delle attività non essenziali, il personale dedicato a questa*

<sup>30</sup> Delibera di Giunta n. 1103 del 6 agosto 2020 "Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020" alle tabelle 1 e 2 dell'allegato A.

<sup>31</sup> Si veda report di Agenas <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fgraph3>

*attività viene trasferito a gestire le terapie intensive ... A che numeri siamo arrivati? Nel punto massimo che abbiamo raggiunto dell'emergenza, che era il 31 dicembre dello scorso anno, siamo arrivati ad avere attivi 700 letti, quindi rispetto ai 500 ordinari, 200 letti in più attivi. Di questi 663 erano occupati e 37 erano liberi, quindi non siamo mai arrivati vicini ai 1.000, i 1.000 erano uno scenario di catastrofe, di epidemia fuori controllo, nella quale quasi la totalità delle risorse del servizio sanitario regionale era destinata alla cura del Covid. Allora qui arriva quella che è l'ulteriore domanda: c'era il personale ..., per attivare 1.000 letti di terapia intensiva in Veneto? ... Bene, in questo scenario tutti gli ospedali spoke, quindi tutti quelli che non sono capoluogo di provincia, sono interamente dedicati all'assistenza Covid, non fanno più nessuna tipologia di attività che non sia assistere il Covid. Tutta l'emergenza – ma parlo di emergenza, quindi non di trattamenti urgenti, parlo di pazienti critici che vanno operati immediatamente – viene concentrata negli ospedali hub, come i punti nascita vengono concentrati negli ospedali hub.*

*In questo scenario, che è uno scenario apocalittico, ma che noi abbiamo voluto prevedere perché non sapevamo dove saremmo arrivati, l'organico degli anestesisti rianimatori e degli infermieri ci consente di attivare 1.000 posti letto in terapia intensiva; ovviamente abbiamo progettato questo nell'ipotesi di non arrivarci mai."*

Sulla base di quanto affermato dal Dott. Rosi, dunque, nello scenario ipotetico in cui si fosse arrivati alla saturazione di tutti i 1.000 posti letto, cioè che fossero tutti occupati da pazienti in cura, avrebbe significato che quasi tutto il personale del servizio sanitario regionale, al netto di competenze e formazione specifica, avrebbe dovuto operare in terapia intensiva.

Si capisce subito quanto questo scenario, per quanto ipotetico risulti totalmente inverosimile e irrealizzabile.

Inoltre, sempre secondo Rosi, nella realtà non vennero mai attivati più di 700 posti letto di terapia intensiva.

Ma se, dunque, i 1.000 posti letto di terapia intensiva "sulla carta" nella realtà non sono mai stati attivati e se, realmente, non ci sarebbe mai stata la dotazione organica necessaria per attivarli, perché la Regione Veneto dichiara di averne a disposizione una tale quantità?

Anche il dr. Francesco Benazzi, Direttore Generale dell'ULSS 2 Marca Trevigiana, nella seduta della Commissione speciale d'inchiesta n. 9 del 18 novembre 2021, ammette che il personale medico di supporto alle terapie intensive, anche in condizioni normali, era insufficiente: *"... le difficoltà sono la carenza del personale, in particolare gli specialisti. Noi abbiamo avuto specialisti e poi qualcuno di questi si è anche ammalato, perché in prima linea si è ammalato, in particolare pneumologi e interventisti, quindi nelle Terapie intensive non avevamo, come oggi non li abbiamo, specialisti. ... Abbiamo quindi dovuto ovviamente inventarci, abbiamo dovuto utilizzare i neonatologi"*.

La risposta alla domanda precedente va ricercata nel fatto che il numero di posti di terapia intensiva e la loro percentuale di occupazione è un dato dirimente nell'assegnazione della classe di rischio di una Regione.

Carlo Palermo, segretario nazionale di Anao Assomed, il sindacato dei medici ospedalieri, in un articolo di stampa del 15 dicembre 2020 afferma: *"La colpa non è dei cittadini ma di chi si ostina a mantenere la zona gialla nonostante contagi, ricoveri e morti da zona rossa. Per giunta con il numero dei letti di terapia intensiva dopato"*.

E per "dopare" quel numero si sono appunto utilizzate diverse formule.

Il 19 dicembre 2020 Benazzato - ANAO ASSOMED – dichiara a Rainews: *"1000 terapie intensive non sono realistiche perché non c'è il personale"*.

E il dr. Alessandro Vergallo, presidente nazionale di Aaroi-Emac, l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, intervistato su *Radio Cusano Campus* e riportato su "Il Fatto quotidiano" del 23 novembre 2020 ha dichiarato: *"In qualche caso tra i posti di rianimazione nuovi vengono considerati anche i lettini di sala operatoria. Dei mille posti del Veneto, ci risulta che 111 siano letti di sala operatoria. Non è la stessa cosa"*.

In quella fase il parametro rientra tra i 21 indicatori utili ai fini del calcolo dell'indice RT. In entrambi i casi risulta di tutta evidenza come più alto è il numero di posti letto di terapia intensiva di cui si dichiara la "disponibilità", maggiore risulta essere la soglia in valori assoluti del 30% di letti occupati da pazienti Covid.

## CAPITOLO 4

### L'USO DEI TAMPONI RAPIDI NELLA PANDEMIA

La politica deve assumersi la responsabilità delle scelte, ma quando l'ambito di intervento è così strettamente connesso alla scienza, è necessario affidare ad essa, e agli organismi preposti alla sua tutela, una parte di questa responsabilità.

È il caso delle modalità di impiego dei test diagnostici.

Sul tema si sono susseguite una serie di circolari ministeriali e raccomandazioni UE per cercare di delineare gli ambiti di applicazione dei diversi test: una prima circolare, dell'aprile 2020<sup>32</sup>, in cui si ribadisce che *“i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'OMS”*; una seconda del mese di settembre<sup>33</sup> che, in riferimento alle reali capacità diagnostiche dei test antigenici rapidi, chiarisce che *“la sensibilità e specificità di questo test – a seguito di una validazione effettuata su campioni conservati a -80°C – sembrano essere inferiori a quelle del test molecolare. Ciò comporta la possibilità di risultati falso-negativi in presenza di bassa carica virale (tC>25), oltre alla necessità di confermare i risultati positivi mediante un tampone molecolare. Ulteriori validazioni eseguite su campioni “freschi” (appena prelevati) hanno invece mostrato elevata sensibilità e specificità. Questo “tampone rapido” è stato recentemente introdotto per lo screening dei passeggeri nei porti e negli aeroporti, dove è importante avere una risposta in tempi rapidi.*

Sulle modalità di screening anche l'Unione Europea ha fornito indicazioni importanti. Nella Raccomandazione UE 28 ottobre 2020, si specificano alcuni elementi importanti:

*(10) (...) Attualmente, la metodologia più affidabile per testare i casi e i contatti è l'approccio basato sulla RT-PCR (reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa); i test di questo tipo erano tra quelli più precocemente disponibili al momento in cui la pandemia ha raggiunto il continente europeo.*

*(13) L'11 settembre 2020 l'OMS ha pubblicato orientamenti provvisori sull'uso di test antigenici rapidi per l'individuazione dei casi di COVID-19 (9), offrendo ai paesi consulenza sul ruolo potenziale di tali test e sulla necessità di operare un'attenta selezione dei test. Come sottolineato dall'OMS, sebbene i test antigenici rapidi possano offrire soluzioni utili per la diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2 in una serie di contesti e scenari, le loro prestazioni cliniche non sono (ancora) ottimali e occorre agire con cautela.*

*(14) Tra i modelli esistenti, l'OMS raccomanda di utilizzare test antigenici rapidi che soddisfino requisiti minimi di prestazione ≥ 80 % di sensibilità e ≥ 97 % di specificità, e di ricorrere a tali test in particolare quando la disponibilità di test RT-PCR è temporaneamente limitata o quando tempi di risposta prolungati precludono l'utilità clinica. L'uso di test antigenici rapidi per lo screening dei soggetti offre la possibilità di individuare rapidamente le persone che presentano il maggiore rischio di diffusione dell'infezione, in particolare in condizioni di elevata trasmissione all'interno di una comunità. I test antigenici rapidi dovrebbero inoltre essere effettuati da operatori addestrati, conformemente alle istruzioni del fabbricante ed entro i primi 5-7 giorni successivi all'insorgere dei sintomi, quando i carichi virali raggiungono il valore massimo.*

*6. Gli Stati membri dovrebbero prestare particolare attenzione a evitare e/o eliminare la trasmissione della COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie e di assistenza a lungo termine, quali le strutture di assistenza residenziali e le case di riposo per anziani. Il personale impiegato in questi settori dovrebbe essere sottoposto*

<sup>32</sup> Circolare di aprile avente protocollo 0011715-03/04/2020-DGPRES-DGPRES-P

<sup>33</sup> Circolare di settembre avente protocollo 0031400-29/09/2020-DGPRES-DGPRES-P



*a test a cadenza regolare e dovrebbero essere istituiti dei piani per l'effettuazione dei test. I pazienti dovrebbero inoltre essere sottoposti a test al momento del ricovero o subito prima, mentre i degenti in ospedale dovrebbero essere monitorati per almeno 14 giorni dopo il ricovero per individuare l'eventuale insorgenza di sintomi della COVID-19 ed essere sottoposti a test a cadenza regolare, sulla base di un piano concordato (ad esempio una volta alla settimana).*

La Raccomandazione, dunque, che risale esattamente ad ottobre 2020 ribadisce la maggiore attendibilità dei test molecolari rispetto ai rapidi, che vanno, proprio per questo utilizzati con cautela e prudenza, specificando che vengano impiegati solo i test rapidi che presentano parametri di "affidabilità" molto alto e che questo avvenga in contesti particolari, e cioè in contesti nei quali si presenta un alto rischio di diffusione del contagio. E chiede di prestare particolare attenzione ai contesti di particolare fragilità, come ospedali e case di riposo, situazioni in cui, anche le modalità di diagnosi e screening diviene cruciale.

In particolare sui Test antigenici rapidi aggiunge ancora:

*"16. Gli Stati membri dovrebbero concordare i criteri per la selezione dei test antigenici rapidi, in particolare per quanto riguarda le prestazioni cliniche quali sensibilità e specificità, nonché raggiungere un accordo sugli scenari e sui contesti in cui è opportuno ricorrere ai test rapidi antigenici, ad esempio nelle fattispecie caratterizzate da elevata trasmissione comunitaria.*

*17. Gli Stati membri dovrebbero condividere attivamente e discutere, in particolare attraverso il comitato per la sicurezza sanitaria e altre piattaforme di condivisione delle conoscenze quali i dispositivi integrati per la risposta politica alle crisi del Consiglio, le informazioni sui risultati degli studi di convalida effettuati sui test antigenici rapidi nei paesi dell'UE indipendentemente dagli studi condotti dalle imprese che hanno sviluppato i test.*

*18. La Commissione collaborerà con gli Stati membri per creare un quadro per la valutazione, l'approvazione e il riconoscimento reciproco dei test rapidi come pure, con urgenza, per il riconoscimento reciproco dei risultati dei test. La Commissione monitorerà inoltre il mercato e la disponibilità di nuovi test antigenici rapidi, tenendo conto delle prestazioni cliniche e dei criteri da concordare, e istituirà un archivio di informazioni sui test antigenici rapidi e sui risultati degli studi di convalida man mano che saranno disponibili nell'UE, a partire dall'attuale «Banca dati dei dispositivi diagnostici in vitro e dei metodi di test COVID-19». La Commissione avvierà iniziative per l'acquisizione di test al fine di garantire un accesso equo ai test antigenici rapidi e la loro rapida diffusione in tutta l'UE."*

Queste indicazioni ci raccontano come anche le istituzioni comunitarie invitassero tutti alla massima prudenza: indubbiamente restando aperti ed attenti rispetto ai veloci progressi che la scienza e la tecnologia stavano mettendo a disposizione della lotta contro il virus, e invitando, in questo senso a presidiare con cura ogni novità clinica e scientifica dovesse emergere e a metterla in condivisione, ma, al contempo, prestando particolare attenzione all'affidabilità clinica di tali test, elemento chiave scientificamente ancora da acquisire.

Anche la Circolare di fine ottobre con protocollo 0035324-30/10/2020-DGPRES-DGPRES-P ritorna, con ancora più chiarezza, sulle modalità ottimali di impiego di tamponi.

In particolare, a pagina 5, viene riportata una "Tabella sinottica dei test nei principali contesti" nella quale, relativamente allo "Screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio", in riferimento a quale dovesse essere la modalità di diagnosi da utilizzare viene indicato, come PRIMA SCELTA, il "test molecolare" e solo come test "alternativo" il "Test rapido antigenico + conferma con test molecolare". A commento si aggiunge che: "Il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. Il test antigenico rapido potrebbe essere indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse."

E' quindi evidente cosa si doveva fare e come dovevano essere testati, secondo il Ministero della Salute, gli operatori sanitari.

Seguono una Circolare del 3 novembre 2020 ed una Raccomandazione UE del 18 novembre 2020 che non aggiungono molto, fino alla Circolare del Ministero della Salute dell' 8 gennaio 2021 in cui si dice rispetto ai test rapidi che *"I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai saggi di RT-PCR (AMCLI Associazione Microbiologi Clinici Italiani Prot 01 - 2021 "Indicazioni operative AMCLI su quesiti frequenti relativi alla diagnosi molecolare di infezione da SARS-CoV")*.

Nella circolare, inoltre, si specifica che, rispetto all'*"uso del test antigenico rapido nelle persone con sintomi"*, *"se la capacità di RT-PCR è limitata o qualora sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica, può essere considerato l'uso dei test rapidi in individui con sintomi compatibili con COVID-19 nei seguenti contesti"*, tra cui *"in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari: - per il triage di pazienti/residenti sintomatici al momento dell'accesso alla struttura; - per la diagnosi precoce in operatori sintomatici"*.

In sintesi, la posizione del Ministero della Salute, già a novembre 2020, era decisamente chiara: attenzione all'uso dei rapidi, in particolare verificandone affidabilità e sensibilità, particolarmente adatti per confermare la positività di soggetti con sintomi e nei contesti in cui possono consentire di isolare velocemente i casi positivi all'interno di una comunità; attenzione alle situazioni di fragilità in cui una affidabilità non ancora pienamente riconosciuta dei test rapidi può esporre una comunità a rischio a seri danni.

Appare quindi chiaro che se stiamo alle indicazioni "ufficiali", almeno fino a gennaio 2021, ovvero fino alla sostanziale regressione della seconda ondata pandemica in Veneto, il test principale, in particolare per lo screening in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari doveva essere il molecolare. Mentre il test rapido poteva essere impiegato efficacemente nella ordinaria attività di screening o nell'attività di conferma di casi positivi sintomatici, in cui va valorizzata la sua rapidità nella produzione del risultato. I test rapidi cosiddetti di "quarta generazione", con caratteristiche ben precise ( $\geq 80$  % di sensibilità e  $\geq 97$  % di specificità), potevano essere impiegati in contesti specifici d'urgenza o in mancanza di disponibilità di test molecolari.

È noto che la Regione Veneto abbia provveduto a massicci acquisti di tamponi rapidi fin dall'estate 2020.

Importanti in questo senso sono le dichiarazioni dei Direttori Generali nell'audizione del 28 settembre 2021 dove emerge da più parti che già dall'estate (secondo alcuni agosto 2020) si monitorava il personale sanitario con tamponi rapidi.

Sul tema, il Professor Crisanti in audizione evidenzia come: *"(...) i Direttori dei vari reparti hanno suggerito a noi, che eravamo presenti anche nel Comitato Tecnico, di fare una revisione sulle indicazioni per l'utilizzo dei test rapidi. (...) non è che si può chiedere al Comitato Tecnico Scientifico un parere dopo aver fatto bandi per centinaia di milioni di euro e già il 23 settembre i test sono in distribuzione all'ospedale. Io ho qui davanti una lettera del 23 settembre in cui già viene messa in atto tutta la procedura per effettuare i test rapidi, ma questa è una cosa già decisa e allora, se è una cosa già decisa, è soltanto un atto formale e perdo anche interesse"*

Il primo punto è, quindi, che i test antigenici rapidi erano diventati, già nell'estate del 2020, il test principale in uso tra operatori sanitari e affini per lo screening.

Il Dottor Roberto Toigo – Segretario generale Uil, sentito in audizione il 13 giugno 2022 – evidenzia che *"eravamo preoccupati sull'uso dei tamponi rapidi, ma non per l'utilizzo vero e proprio, ma perché c'era una diatriba, una discussione anche fuori dalla Regione sulla loro efficacia o no. Noi eravamo preoccupati su questo. Da quel momento partì, mi ricordo, una generazione di tamponi rapidi più performanti e la cosa ci*

*aveva un po' tranquillizzati, anche se noi insistevamo che sul luogo di lavoro era forse probabilmente meglio utilizzare i tamponi tradizionali."*

Il Dottor Paolo Righetti – Segretario regionale CGIL, sentito in audizione il 13 giugno 2022 – ha invece affermato *"ci sono poi altri elementi che secondo noi avrebbero dovuto assumere modalità diverse. (...) e poi anche alla scelta di utilizzare per gli operatori sanitari e sociosanitari, compresi quelli delle Case di riposo, il tampone antigenico rapido al posto di quello molecolare. È una scelta che noi non abbiamo condiviso, era ovviamente dei lavoratori, ma anche di tutti, abbiamo richiesto più volte di modificare, e lo dico perché in quella fase non erano ancora fra l'altro disponibili quelli di terza e quarta generazione, che poi si sono dimostrati più affidabili."*

Il Dottor Barutta – Anaa Assomed – evidenzia: *"A fine ottobre 2020, però, nel corso della seconda ondata fu approvato dalla Giunta regionale del Veneto un nuovo piano, che andava ad aggiornare e a rimodulare le modalità di screening previste nei precedenti piani. In particolare, veniva sostituito il test molecolare con il test antigenico rapido, di prima e seconda generazione, anche per gli operatori sanitari. Questo tipo di test fu quindi elevato a un nuovo test di riferimento diagnostico ed imposto alle Aziende sanitarie, le quali, in qualità di datori di lavoro, sottoposero in via prioritaria il test antigenico rapido al personale sanitario [...] Il test antigenico [...] è meno sensibile, nel senso che rappresenta il 20-30% di falsi negativi in più rispetto a quello molecolare."*

*Sia il Ministero della salute sia una nota del Comitato tecnico-scientifico della Regione considerarono il test antigenico meno affidabile rispetto al molecolare, pertanto considerato come seconda scelta o scelta alternativa laddove la refertazione del molecolare non fosse mantenuta entro le 36 ore. Con la stessa nota del Comitato tecnico, inoltre, suggeriva che il personale sanitario (intendendo medici, infermieri e tecnici) venisse monitorato con test molecolari.*

*La percezione degli operatori sanitari [...] fu quella di subire ancora una volta l'onta del prevalere degli interessi economici sul principio della tutela della salute [...] Non possiamo dimenticare, inoltre, che il contagio degli operatori sanitari fu superiore al triplo dei contagi rilevati nel corso della prima ondata."*

Sull'argomento, il Dottor Mario Saia nel corso dell'audizione in Commissione del 12 ottobre 2021, riferendosi ad un'anteprima di quello che diventerà poi l'allegato 1 *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica* della Circolare ministeriale del 30 ottobre 2020, dice: *"Questo documento è stato valutato, è arrivato il giorno, mi pare, 16 di ottobre per la nostra valutazione e, a seguito di scambi di informazioni e di vedute ovvie da parte dei componenti del Comitato, abbiamo avuto la fortuna, l'opportunità di poter avere in visione quel documento approvato il giorno stesso, quindi il 16 di ottobre, denominato "Test di laboratorio per SARS-CoV-2: loro uso in sanità pubblica". Ce ne sono varie versioni, noi avevamo ovviamente quella del 16 in quanto abbiamo approvato il tutto il 19. Si trattava di un documento già approvato in Conferenza delle Regioni e ce l'ha fornito la dottoressa Russo che è una componente della Conferenza; è redatto oltre che dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome anche dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'INAIL e dal Comitato Tecnico Scientifico nazionale. (...) questo documento è risultato di estrema utilità per la valutazione della proposta di aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. C'erano dei contenuti che sono andati a fugare di fatto queste perplessità. Il primo riguardava ovviamente, anzi l'unico, la minor sensibilità dei test genetici, ma questo documento, finalizzato a orientare le strategie di sanità pubblica verso un uso razionale e sostenibile delle risorse, riportava con chiarezza come l'elevata sensibilità e specificità dei test non potessero rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, in particolar modo, riportando quanto previsto nel documento, a fronte della necessità di garantire l'esecuzione dei test in tempi compatibili con le esigenze di sanità pubblica. Pertanto queste strategie, trattandosi di un Piano, prevedevano non solo la diagnosi clinica in un preciso momento, ma anche la ripetizione del test all'interno di un'attività definibile come un'attività di sorveglianza, un'attività sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel*

*loro reale periodo di contagiosità, quindi non potendo prescindere assolutamente da una rapidità della diagnosi stessa.*

*Riportava anche quali importanti parametri per la valutazione della scelta del test da utilizzare i tempi di esecuzione, la disponibilità di personale specializzato, strumentazione reagente, i costi comprensivi di tutto e l'accertabilità del test da parte dei soggetti nonché ovviamente la facilità nell'esecuzione dello stesso, quindi il fatto di poterlo adattare a quella realtà.*

*Pertanto considerati tutti questi parametri e quanto previsto nella tabella sinottica dei test emergeva come l'utilizzo del test rapido antigenico come test di screening di comunità e anche dagli operatori sanitari operanti in contesti con rischio più elevato risultasse vantaggioso proprio per la rapida identificazione e il successivo, conseguente, rapido isolamento anche dei positivi a tutela dei soggetti fragili."*

In sintesi, dall'interpretazione data di una bozza del documento che successivamente venne allegato alla Circolare ufficiale del 30 ottobre 2021, sembra che anche nel contesto sanitario la Regione Veneto abbia deliberatamente scelto di privilegiare l'elemento di rapidità rispetto a quello di prudenza.

In merito ai tamponi il professor Rigoli - già Direttore di Microbiologia dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana e coordinatore delle Microbiologie del Veneto audito nella seduta della Commissione del 12 ottobre 2021 - cita un documento sottoscritto dai microbiologi ospedalieri e un documento delle Società scientifiche in merito all'uso dei tamponi:

*"(...) noi abbiamo prodotto un documento il 25 gennaio 2021 che è firmato da tutti i componenti della rete. Questo documento è firmato anche dalla dottoressa Rossi che lavora dal professor Crisanti. Premetto che, ripeto, e lo ripeto all'infinito che, comunque Padova è rimasto il centro di riferimento e, comunque, quando facevamo le riunioni, alle riunioni erano invitate tutte le Microbiologie e alle riunioni c'era la dottoressa Rossi. Praticamente questo è un documento che raccoglie le indicazioni di che cosa? Dell'OMS e dell'ESCMID, dei documenti europei che indicavano quando fare gli antigenici. Inoltre, secondo me, è importante un documento che qua vi ho portato, che è la lettera che è stata firmata da tutte le società scientifiche in Italia, cioè sono sei società scientifiche che rappresentano i laboratori di tutta Italia e a un certo punto qui che cosa si dice? Si dice: è noto - questo vale per tutti, ma compreso anche noi e **lo ribadiamo e lo ripetiamo - che la biologia molecolare rimane il gold standard in assoluto.***

*Se noi abbiamo cercato delle alternative, le alternative le abbiamo cercate perché a un certo punto noi avevamo raggiunto veramente il massimo della produttività che potevamo ottenere nei nostri laboratori. (...)*

*Comunque la lettera, diciamo il documento firmato da tutte le società scientifiche dice: "È oggi noto come la sensibilità dei test antigenici sia inferiore rispetto ai test molecolari, considerato tuttora il gold standard della diagnosi. **La sensibilità diagnostica appare inferiore in pazienti con bassa carica, mentre è sufficientemente alta in soggetti con alta carica virale, ovvero nelle fasi iniziali dell'infezione, quando la capacità di diffusione del virus è massima.***

*Quindi, questo perché, giustamente, noi dobbiamo capire se e quanti ne abbiamo persi di soggetti positivi ai quali noi abbiamo dato il test negativo con l'antigenico.*

*E aggiunge: "Noi abbiamo proposto nel documento quando usare gli antigenici, quando usare i molecolari, però quello che ribadisco è il fatto che noi non abbiamo abbassato la guardia sui molecolari, l'abbiamo sempre tenuta alta e abbiamo aggiunto gli antigenici e questo ci ha permesso, ovviamente, di poter screenare una popolazione più ampia."*

Sull'argomento il professor Crisanti afferma in audizione: *"la prima cosa, (...), è chiedersi per quale ragione usiamo il tampone. Quindi se usiamo il tampone per la diagnosi, probabilmente vanno bene sia il molecolare che l'antigenico, perché nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte a pazienti già con alte cariche virali;*

*nel caso della sorveglianza, cioè nel caso in cui vogliamo proteggere una comunità, è chiaro che il tampone molecolare va preferito al tampone antigenico.*

*Nel caso in cui vogliamo fare tracciamento... anche qui sul caso del tracciamento, bisogna capire qual è l'obiettivo del tracciamento, perché se l'obiettivo del tracciamento è quello di estinguere le catene di trasmissione è chiaro che il tampone antigenico non va bene; se l'obiettivo di tracciamento è quello di fare una fotografia epidemiologica e capire qual è il livello di diffusione del virus il tampone antigenico, va bene lo stesso.*

*La stessa cosa nello screening di comunità: se l'obiettivo è quello di capire il livello di diffusione del virus il tampone antigenico è sicuramente adatto, però, se poi vogliamo in qualche modo ripulire quella comunità, è chiaro che dobbiamo utilizzare, invece, il tampone molecolare, perché solo quello ci dà la certezza di avere individuato tutti quanti i positivi."*

*Il Professor Palù – sempre audito nella seduta della Commissione del 12 ottobre 2021 – ritiene però che "(...) quando abbiamo più di 50 positivi per 100.000 abitanti per settimana il tracciamento non è più possibile (...) soprattutto non è più possibile il tracciamento, soprattutto sia dei tempi di latenza, come sappiamo, medi è la PCR o di 48 ore o 72 ore o addirittura quattro giorni, quindi non ha nessun significato."*

*Il Dottor Mantoan invece afferma: "...Allora vorrei che fosse chiara una cosa: **il test molecolare è il gold standard**, non esiste niente di più preciso nel far diagnosi del test molecolare ma come ha dichiarato stamattina il professor Crisanti. Il test molecolare è così complesso, è così indaginoso, è così preciso che non è idoneo a essere usato per far screening; uso le sue parole: "Screening di comunità va bene l'antigenico". Quindi, noi a un certo punto, avevamo due strade: o limitarci a fare tamponi molecolari che le microbiologie del Veneto erano in grado di fare, con tutti i limiti del caso, cioè avevamo il limite delle macchine, il limite dei reagenti, il limite del personale, (...).*

*Per cercare di aumentare la capacità, gli screening per mettere sotto controllo meglio le RSA, i nostri dipendenti, per fare screening di comunità, abbiamo utilizzato anche i test antigenici e anche i test sierologici"*

*Il Dott. Flor, sempre in audizione il 12 ottobre 2021, sul tema afferma: "Vi ricordo che tutto il Consiglio Scientifico, il Comitato Scientifico ha firmato una lettera, che io conoscevo perfettamente, che invocava una diversa distribuzione dei tamponi passando dal rapido al molecolare. Le disposizioni del Ministero non dicono si può, non si può, dicono alternativa. Questa è un'indicazione, questa è un'alternativa, quindi si può tranquillamente praticare l'alternativa quando si devono fare scelte atteso che molecolari di più non si possono fare. Dico un'altra cosa, ha firmato un documento dove dice che il personale direttamente esposto sui malati fa il tampone ogni otto giorni e il resto ogni 20".*

*Poi aggiunge: "Allora i tamponi molecolari li abbiamo continuati a fare tutti, di più e li abbiamo destinati ai casi prioritari. Il personale sanitario che c'è fra questi, personale sanitario c'è, in contesti ad alto rischio, non il personale sanitario e personale sanitario in contesti ad alto rischio, malattie infettive, rianimazione Covid, ricoveri, soggetti a diretto contatto Covid, ma no il personale sanitario toutcourt, perché quello è uno screening di popolazione sana. In ogni caso dico bisogna definire e darsi priorità: i tamponi molecolari sono stati tutti fatti, tutti, non è stato calato uno e utilizzato su priorità che sono nella tabella del Ministero."*

*La posizione della Regione è chiara. I molecolari non bastano per testare tutti. E pongono problemi legati ai tempi di diagnosi.*

*Duque li sostituisco con gli antigenici rapidi di prima e seconda generazione.*

*Interessanti sono le dichiarazioni del Dottor Clementi -Direttore del laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ospedale s. Raffaele di Milano e audito sempre nella seduta del 12 ottobre 2021 – in merito all'affidabilità*



del test rapido antigenico confrontato con un test molecolare e se esistano studi sull'affidabilità dello stesso test rapido:

*"(...) recentemente in alcuni studi è stata fatta un'interessante valutazione che è abbastanza in linea con quello che ha appena detto il dottor Mantoan. Si può vedere il test antigenico di ultima generazione, quello che è in grado di dare le migliori risposte in maniera integrata nei confronti del test molecolare. In che modo? Il test molecolare è il più sensibile, il più specifico, quello che è il migliore dal punto di vista diagnostico, ma ha alcuni difetti, tant'è che noi diciamo non esiste il test perfetto. Un difetto, è stato ricordato anche oggi, è quello di consentire una risposta sicura dopo un numero di giorni, soprattutto quando ci sono routine di grosse dimensioni, come abbiamo affrontato in tutti i laboratori importanti d'Italia, che a volte non affittano con quella che deve essere l'attività ad esempio di un pronto soccorso, ad esempio di valutazione di personale sanitario che è in situazione di rischio perché viene a contatto con soggetti infettanti. Quindi se è così deve essere affiancato il test molecolare da test che siano più rapidi. Quella che secondo me in maniera convincente è una valutazione che si sta facendo sempre più spesso è quella di gestire le due tipologie di test, se vogliamo chiamarli così, ma sono dei test che sono finalizzati allo stesso rilievo, in maniera coordinata, quindi affrontare i diversi problemi secondo una logica razionale di sfruttamento di quello che abbiamo in mano.*

E poi ancora il suo intervento prosegue: *"Sottolineare la sensibilità è importante, ma ancora più importante, e questo è stato visto con l'esperienza, perché si è visto quali sono i grandi pregi, ma anche qualche limite dei test molecolari. I test molecolari sono impegnativi, sono lenti, sono costosi anche in termini di impiego su popolazioni ampie e quindi la valutazione combinata e il risultato complessivo che si ottiene dal combinato disposto delle due metodologie utilizzate insieme. Per esempio, in una popolazione a bassa incidenza di infezione, io utilizzerei quasi sempre in prima battuta un test antigenico, perché ho il risultato subito, rilevo gli infettati e posso tenere sotto controllo quello che è un andamento dell'infezione.*

*È chiaro che già in un ambiente ospedaliero, se soprattutto voglio monitorare il personale, devo avere a disposizione magari entrambi i test e far seguire al risultato eventualmente negativo per confermarlo oppure per non confermarlo con un test molecolare se ha ottenuto un risultato negativo con un test antigenico; quindi, a mio avviso è più importante, ma non soltanto a mio avviso, sto dicendo quello che leggo anche su alcuni lavori internazionali. Cito un lavoro di settembre uscito sul Lancet che arriva proprio a questa conclusione, cioè il combinato uso di entrambi i test porta a un risultato migliore, sia in termini di tempo perché, ad esempio, il test antigenico abbrevia tantissimo il tempo rispetto al test molecolare. Io posso prendere le misure anche su un positivo misure di profilassi e di terapia molto prima e in termini di costi e di efficienza complessiva del sistema."*

Ricordiamo che questa strategia di screening che combina l'uso di entrambi i tamponi viene comunque suggerita con quelli che sono i test rapidi disponibili a partire dal 2021 (terza e quarta generazione).

Si conclude che la Regione Veneto per il personale sanitario e delle comunità residenziali per anziani e disabili ha deciso di far prevalere il parametro di rapidità rispetto a quello di sensibilità non conformandosi alle indicazioni fornite nella circolare ministeriale e, stando alle testimonianze del personale riportate dai sindacati, non attuando nemmeno un modello intermedio di valutazione che avrebbe potuto utilizzare in modo combinato l'uso dei test come proposto per esempio dal Professor Clementi ma ha "investito" tutto sui test rapidi che almeno fino al 2021 inoltrato, quindi passata la cosiddetta seconda ondata pandemica, erano di prima e seconda generazione.

Le valutazioni penali e civili di natura anche economico e finanziarie le lasciamo ai tribunali, ma è evidente che politicamente, con il supporto tecnico delle strutture regionali, si è effettuata una scelta che non ha considerato le conseguenze di quel margine di errore del 30% considerando che nelle comunità fragili è fondamentale il contenimento, ma ancora di più la sorveglianza e la prevenzione.

## CAPITOLO 5

### ZONA ROSSA. SI POTEVA FARE?

Durante tutta la fase pandemica c'è una vastissima produzione normativa e regolatoria emergenziale, sia a livello nazionale che a livello regionale.

Sono i mesi dei D.P.C.M., della decretazione d'urgenza, delle Ordinanze.

C'è la necessità di fornire indicazioni tempestive sia alle autorità territoriali che ai cittadini, rispetto ad uno scenario tanto catastrofico quanto improvviso. Il mondo, e anche l'Italia, è decisamente impreparata di fronte a quanto sta accadendo e non esistono soluzioni già definite per sconfiggere il virus.

Dunque inizia, a marzo 2020, un lungo percorso che porterà, nel tempo, alla definizione di interventi legislativi nazionali e regionali che si stratificheranno e si incasteranno, definendo anche un modello nuovo.

Anche rispetto alla narrazione del "modello Veneto", proviamo a verificare in che modo questo modello si sia sviluppato nella normativa d'emergenza messa in campo dalla Regione, che si è spesso differenziata rispetto a quella nazionale, confermando quanto fossero ampi gli spazi di decisione politica territoriale durante la pandemia, sia in termini restrittivi che di allentamento.

Si possono individuare diverse fasi anche nei provvedimenti adottati dalla Regione.

Inizialmente il ruolo principale nell'adozione di misure di contenimento e di gestione è svolto quasi esclusivamente dalle autorità nazionali. La Regione interviene attivando l'Unità di Crisi regionale e il coordinamento del Sistema regionale di Protezione civile<sup>34</sup>.

Seguono una serie di interventi nazionali, il primo, urgente, emanato dal Ministero della Salute che contiene le iniziali misure di contenimento per Vò<sup>35</sup> e a seguire con l'adozione del D.L. n.6/2020<sup>36</sup> e con l'emanazione del primo DPCM<sup>37</sup>. Sempre in queste prime fasi concitate il Governo abilita il Presidente della Giunta nella qualifica di "soggetto attuatore" delle misure di contenimento<sup>38</sup>.

Il Presidente Zaia, a questo punto, dichiara lo "Stato di Crisi" sull'intero territorio regionale<sup>39</sup>.

In questa fase la Regione si limita ad interventi di tipo amministrativo e gestionale dell'emergenza, come la costituzione il 2 marzo del Comitato Tecnico Scientifico Regionale<sup>40</sup> e la approvazione, il 17 marzo, del primo

<sup>34</sup> D.P.G.R. Veneto 21 febbraio 2020, n. 23 – *Rischio sanitario COVID-19. Attivazione e convocazione dell'Unità di Crisi Regionale.*

<sup>35</sup> Ordinanza 22 febbraio 2020, "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".

<sup>36</sup> D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 – *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*

<sup>37</sup> D.P.C.M. 23 febbraio 2020, *Disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.*

<sup>38</sup> Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute di Intesa con il Presidente della Regione Veneto.

<sup>39</sup> D.P.G.R. Veneto 23 febbraio 2020, n.24 – *Interventi urgenti di protezione civile in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Dichiarazione dello stato di crisi a seguito delle criticità riscontrate.*

<sup>40</sup> D.G.R. n. 269 del 02 marzo 2020 – *Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto.*



“Piano di sanità pubblica”<sup>41</sup>. Segue l’emanazione di altre Ordinanze regionali finalizzate ad organizzare alcuni comparti specifici (trasporti, rifiuti) in queste complicate condizioni<sup>42</sup>.

È nella seconda metà di marzo che cambia l’attivismo regolatorio della Regione, quando il Presidente Zaia inizia ad adottare una serie di ordinanze che introducono misure di contenimento ancora più restrittive di quelle nazionali<sup>43</sup>. L’aspetto di maggior interesse del provvedimento sono le premesse, nelle quali il Presidente espone (vedi articolo 32 legge 833/1978) puntualmente le motivazioni che giustificano lo scostamento delle previsioni regionali rispetto alle singole disposizioni nazionali. La logica nella quale si muove la Regione Veneto è quella della possibile concorrenza tra disposizioni nazionali e regionali.

L’interpretazione generale, in questo caso, si richiama al *criterio di specialità* tra ordinanze, privilegiando quella regionale in quanto emanata per far fronte alla specifica situazione epidemiologica regionale.

Questo principio, accettato e riconosciuto, sostanzia la base giuridica che avrebbe permesso, in ogni momento, al Presidente della Regione di adottare misure più stringenti qualora il contesto epidemiologico regionale lo avesse reso necessario e, di fatto, attribuisce anche al Presidente Zaia, e non solo al Governo, la piena responsabilità delle scelte, o meglio delle “non scelte”, compiute nella fase più critica della seconda ondata pandemica.

Anche il Governo, che pure in quei mesi è alle prese anche con l’iperattivismo di alcuni Presidenti di Regione che emanano ordinanze disparate e confuse, cerca di definire la questione, precisando che le ordinanze regionali possono intervenire, nelle more dell’adozione di atti nazionali, in relazione a specifiche situazioni di aggravamento del rischio sanitario nel loro territorio, introducendo misure ulteriormente restrittive (articolo 3, comma 1, D.L. 19/2020).

Tanto che, il 3 aprile, il Presidente Zaia fa esattamente così, producendo una nuova ordinanza<sup>44</sup>, paventando, in premessa, un rischio di incostituzionalità della disciplina statale qualora precludesse l’intervento d’urgenza delle Regioni<sup>45</sup>. Impianto confermato anche nelle ordinanze successive<sup>46</sup>. Nel contempo prosegue anche l’attività deliberativa della Giunta su diverse questioni legate alla pandemia.

Il principio indiscutibile applicato dal Presidente Zaia con l’emanazione di queste e altre ordinanze è chiaro: le misure regionali più restrittive, prorogate o introdotte ex novo tramite ordinanza, sono valide ed effettive

---

<sup>41</sup> D.G.R. n. 344 del 17 marzo 2020 – *Approvazione del Piano avente ad oggetto “Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”*.

<sup>42</sup> O.P.G.R. nn. 28, 29, 30, 32/2020.

<sup>43</sup> O.P.G.R. Veneto 20 marzo 2020, n. 33 – *Disposizioni per il contrasto dell’assembramento di persone*.

<sup>44</sup> O.P.G.R. Veneto 3 aprile 2020, n. 37

<sup>45</sup> “Ritenuto che il ricordato Decreto Legge n. 19 del 25.3.2020 non abbia né abrogato né interdetto l’operatività del potere di ordinanza regionale, in specie ai fini dell’adozione di misure più restrittive di quelle statali e quindi rigorosamente funzionali alla tutela non solo del bene salute ma anche e soprattutto del bene vita e che permanga, pur a fronte del dettato dell’art. 3, comma 1, del decreto legge n. 19 del 25.3.2020 e a seguito dell’adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2020, primo decreto attuativo del decreto legge medesimo, il potere di ordinanza regionale fondato sugli artt. 32 l. 833/78, 117 d.lgs. 112/98, 50, comma 5, d.lgs. 267/00, anche considerato che il comma 2 dell’art. 3 del decreto legge, disponendo che “I Sindaci non possono adottare, a pena di inefficacia, ordinanze contingibili e urgenti dirette a fronteggiare l’emergenza in contrasto con le misure statali”, conserva chiaramente il potere di ordinanza in capo ai sindaci pur dopo l’adozione di misure statali attuative del decreto legge, il che comporta necessariamente, per simmetria, analoga permanenza del potere regionale, purché non in contrasto con le misure statali e quindi purché più restrittive di queste ultime”.

<sup>46</sup> O.P.G.R. Veneto 4 aprile 2020, n. 38 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni per il contrasto dell’assembramento di persone* e O.P.G.R. Veneto 13 aprile 2020, n. 40 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

sul territorio regionale, ribadendo che l'unico limite alle autorità regionali nell'esercizio del proprio potere d'ordinanza rimanga sostanzialmente solo quello delle misure in senso più restrittivo.

Nel frattempo, anche il Governo prosegue nell'attività di chiusura. Dopo le limitazioni sugli spostamenti delle persone, si procede anche alla chiusura di locali pubblici e dal 22 marzo anche le attività produttive non essenziali o strategiche. Siamo nella fase più dura e le vittime a livello nazionale sono quasi 1.000 al giorno. La misura nazionale di *lockdown* ha mantenuto formalmente i suoi effetti fino al 18 maggio 2020.

Durante questi mesi pesanti, sia dal punto di vista sociale, sanitario ma anche, a questo punto economico e produttivo, sembra manifestarsi e prevalere un nuovo approccio regionale alle misure di contenimento<sup>47</sup> in cui si rivedono in chiave più permissiva alcune limitazioni, in particolare in riferimento alle attività produttive<sup>48</sup>.

Questa sensazione viene confermata con l'ordinanza successiva<sup>49</sup> nella quale si esplicita chiaramente che gli unici presidi necessari al contenimento del virus sono mascherine e distanziamento e che, per tutto il resto, inclusi spostamenti e attività economiche, vanno autorizzate.

È la fase delle seconde case da raggiungere, della ristorazione che vuole riprendere a lavorare, almeno con l'asporto, delle imprese che vogliono ripartire. Il Presidente Zaia e la Regione Veneto, sensibili al tema, vogliono essere i primi a farlo.

Non mancano, in questo periodo, anche momenti di incertezza e confusione. La sovrapposizione di numerosi interventi, nazionali e regionali, in alcuni casi, appunto, anche in contrasto tra loro, genera fasi di reale imbarazzo tra le persone, incapaci spesso di districarsi tra decreti, ordinanze, protocolli e allegati. Ma tutti vogliono decidere qualcosa, dare un segnale, assumersi la responsabilità di riaprire. Peccato che il medesimo protagonismo sia mancato, e mancherà, quando le decisioni da prendere torneranno scomode o impopolari.

In questo contesto, e a seguito dell'introduzione di una nuova metodologia per l'assegnazione delle eventuali ulteriori misure restrittive, non più definite su base nazionale ma calate sulle diverse Regioni in base alla specificità del territorio, il Governo definisce, con chiarezza, il potere ordinatorio delle Regioni (articolo 1, comma 6 D.L. 33/2020): in base all'andamento epidemiologico accertato sul territorio, le Regioni, informando il Ministro della Salute, possono introdurre misure derogatorie, ampliative o restrittive, rispetto a quelle nazionali.

E infatti, da qui in poi, la Regione Veneto, fa ampio ricorso alla possibilità di derogare alle previsioni nazionali.

Estende la riapertura e la ripresa a molte attività, a partire da quelle turistiche, fino ai servizi per l'infanzia, i cinema, i trasporti, le processioni religiose e le saune<sup>50</sup>, spesso anticipando le scelte compiute a livello nazionale e prescrivendo il rispetto delle linee guida regionali di volta in volta elaborate dalla Direzione Prevenzione.

Siamo tra maggio e giugno e la volontà della Regione Veneto è chiara: serve una rapida e progressiva ripresa delle attività economiche, anche in forte autonomia rispetto alle decisioni nazionali. Il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico avalla sempre questa volontà di ripartire.

<sup>47</sup> O.P.G.R. Veneto del 24 aprile 2020, n. 42 – rimozione di alcune limitazioni all'aperto di alcune attività commerciali, apertura per attività prima precluse come take away, vivai, cura di orti e boschi, opere di manutenzione e lavori edili.

<sup>48</sup> Si veda articolo del "Corriere del Veneto" del 14 aprile 2020: "Coronavirus, Zaia chiede aperture anticipate e sperimentali".

<sup>49</sup> O.P.G.R. Veneto 27 aprile 2020, n. 43 – *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 – Ulteriori disposizioni.*

<sup>50</sup> O.P.G.R. Veneto 17 maggio 2020, n. 48 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni e successive* 50, 55, 56, 60, 63.

Certo rimane una certa rigidità sui comportamenti personali, soprattutto quelli che hanno una certa rilevanza nell'opinione pubblica, come il caso dell'imprenditore veneto che aveva violato la misura della quarantena<sup>51</sup>.

L'estate volge al termine e la preoccupazione del Governo è tutta orientata alla preparazione dell'autunno in cui già sappiamo che molto probabilmente il virus tornerà a colpire. Ma rispetto alle fasi precedenti, prevale un impianto di natura fortemente collaborativa con le istituzioni regionali, coerentemente con il cambio di modello di applicazione delle restrizioni previsto in aprile: non più provvedimenti generali uguali per tutti ma forte responsabilizzazione dei territori nel calare le misure sulla base dell'andamento epidemiologico di contesto.

In questo senso va il DPCM del 7 agosto 2020, nel quale in riferimento alle attività commerciali e di ristorazione si fa esplicito riferimento a modalità di erogazione del servizio definiti sulla base di eventuali Linee guida previste dalle singole Regioni o di Protocolli condivisi all'interno della Conferenza Stato Regioni, che mai come in questa fase acquisisce un ruolo fondamentale nella condivisione, con il Governo, di tutte le decisioni.

Mentre sulla stampa, infatti, assistiamo sovente a polemiche e contrasti tra livelli di governo centrale e periferico, nella realtà, tutto viene concordato.

Il medesimo meccanismo viene applicato anche con la Circolare del Ministro della Salute<sup>52</sup> relativa al monitoraggio all'interno delle scuole, ad esempio, in cui si demanda alle Regioni, sulla base di alcuni principi generali di normare le attività di screening nei contesti scolastici, a cui, puntualmente segue l'Ordinanza regionale corrispondente<sup>53</sup>.

Nel mese di ottobre però la diffusione del contagio inizia ad essere preoccupante e l'approccio del Governo, fino ad ora solo precauzionale, inizia ad aumentare il livello di interventi restrittivi. Con alcuni provvedimenti<sup>54</sup> riprendono vita alcuni divieti, come ad esempio quello per sagre e convegni, e si ricominciano ad applicare alcuni interventi per contrastare gli assembramenti, richiamando sempre le Regioni ad intervenire per specificare in questi ambiti misure idonee al contesto territoriale. Il DPCM 13 ottobre 2020, in particolare, autorizza le Regioni ad adottare provvedimenti che fissino requisiti e condizioni di svolgimento differenziati, anche estensivi rispetto a quelli definiti in sede nazionale in riferimento a specifici ambiti di natura economica.

La risposta della Regione Veneto, che in questi mesi produce un numero relevantissimo di atti normativi e regolatori, non si fa attendere. Con una serie di interventi, pur riconoscendo la pericolosità dello scenario, inquadrabile tra il livello 2 e 3 e con un indice Rt ormai stabilmente superiore a 1, decide di intervenire prontamente in due comparti: quello economico e produttivo, autorizzando tutte le attività economiche e sociali, senza, dunque, applicare alcun livello di restrizione superiore a quello previsto dal Governo<sup>55</sup> e quello scolastico, introducendo il ricorso alla didattica digitale integrata per le scuole di ordine superiore<sup>56</sup>.

---

<sup>51</sup> O.P.G.R. n. 65 del 9 luglio 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

<sup>52</sup> Circolare Ministro della Salute n. protocollo 31400 del 29 settembre 2020.

<sup>53</sup> O.P.G.R. n. 105 del 2 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

<sup>54</sup> D.P.C.M. del 13 ottobre 2020 e D.P.C.M. del 18 ottobre 2020.

<sup>55</sup> O.P.G.R. n. 141 del 17 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

<sup>56</sup> O.P.G.R. n. 145 del 26 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

Sembra, dunque, evidenziarsi, un doppio binario nell'interventismo della Regione: un permissivismo per le attività economiche<sup>57</sup> e un maggior livello di precauzione per le attività scolastiche<sup>58</sup>.

Questo impianto rimarrà fino alla fine.

Anche a seguito dei provvedimenti nazionali dei primi di novembre<sup>59</sup> che introducono il cosiddetto "mini lockdown" serale e riprendono ad assumere misure restrittive, la Regione Veneto continua, per quanto possibile, a tenere larghe le maglie delle attività economiche.

In questa fase c'è la più ampia discrezionalità per le Regioni. Il Governo dichiara apertamente di assumere decisioni, inclusa la fascia di rischio e i relativi provvedimenti, in costante consultazione con i Presidenti di Regione sulla base dei dati del monitoraggio settimanale.

Con diverse Ordinanze<sup>60</sup> il Presidente Zaia si limita a ribadire le restrizioni minime previste dal Governo nazionale.

Questo impianto si conferma anche nel mese di dicembre, con i provvedimenti nazionali che rafforzano pesantemente le restrizioni in vista delle festività natalizie (DPCM 3 dicembre 2020 e DL 172 del 18 dicembre 2020) e la Regione Veneto che interviene solo per confermare le misure minime di contenimento, qualche volta anticipando di qualche giorno quelle nazionali<sup>61</sup>.

L'unico intervento che va in una direzione maggiormente restrittiva è quello dei primi giorni di gennaio 2021<sup>62</sup> che riguarda, ancora una volta, la scuola, unico contesto in cui il Presidente della Regione ritiene necessario adottare misure ulteriormente restrittive.

La gestione della seconda ondata, rispetto alla prima, anche da un punto di vista normativo segna una sostanziale differenza.

Mentre nella prima fase della pandemia la responsabilità delle decisioni è centralizzata dal Governo, con provvedimenti molto rigorosi e impegnativi, da agosto in poi si applica un modello decisionale che prevede un forte coinvolgimento delle Regioni, sia in chiave consultiva che deliberativa.

La Conferenza Stato Regioni, quasi esclusa durante la prima ondata, diviene co-redattrice dei principali provvedimenti nazionali e il dialogo costante con i Presidenti di Regione si articola in tutto il periodo di riferimento. Questo ha comportato una differenziazione significativa degli interventi su scala regionale e ha garantito, in alcuni casi, un miglior contenimento dei contagi.

---

<sup>57</sup> In riferimento alle attività economiche, nelle premesse della O.P.G.R. 141/20 si dice "Ritenuto che, (...), non essendo significativamente mutate, allo stato, le condizioni (...), sussistono i presupposti per ammettere lo svolgimento (...) delle attività specificate.

<sup>58</sup> In riferimento alle attività scolastiche e alla mobilità degli studenti, nelle premesse della O.P.G.R. 145/20 si dice "Rilevato (...) che, alla luce dei dati riportati, sussistano, con riguardo a tutto il territorio regionale, le situazioni critiche (...) che impongono l'incremento del ricorso alla didattica digitale integrata".

<sup>59</sup> D.P.C.M. del 3 novembre 2020.

<sup>60</sup> O.P.G.R. n. 151 del 12 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 156 del 24 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 159 del 27 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

<sup>61</sup> O.P.G.R. n. 167 del 10 dicembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 169 del 17 dicembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

<sup>62</sup> O.P.G.R. n. 2 del 4 gennaio 2021 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

Non sembra il caso del Veneto, dove, invece, malgrado fosse chiara la gravità della situazione, come esplicitato nelle premesse di tutte le ordinanze del Presidente, raramente si è inciso in maniera significativa sulle misure restrittive, limitandosi a misure molto mirate su contesti specifici, la scuola prima di tutto, ma senza consentire un intervento realmente impattante per la limitazione della circolazione del virus, soprattutto da novembre in poi quando l'attività di *contact tracing* aveva fortemente ridotto la sua efficacia.

Se è indiscutibile che fosse nei poteri del Presidente di Regione predisporre misure maggiormente restrittive, è altrettanto indiscutibile che questo potere in Veneto non venne esercitato. Malgrado i frequenti richiami alla responsabilità individuale delle persone, nulla fu fatto per rendere quei richiami efficaci sul piano impositivo.

E la preoccupazione espressa frequentemente nelle premesse delle ordinanze regionali non si è tradotta in corrispondenti decisioni di limitazione della mobilità delle persone e delle occasioni di assembramento.

## CAPITOLO 6

### CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

Nel mese di dicembre 2020, il Presidente della Giunta regionale, rispondendo durante una conferenza stampa alla domanda di un giornalista, ha affermato che la Regione non gestisce le case di riposo: giova, a tal proposito, ricordare che le politiche socio-sanitarie, che riguardano anche le RSA, sono di competenza regionale. A tal proposito è utile ricordare la convenzione prevista dalla DGR n. 1231 del 14 agosto 2018.

Da fine febbraio 2020 alcuni Centri di Servizio/RSA hanno scelto di chiudere le strutture alle visite dei familiari; dal 9 marzo 2020, per disposizione regionale, tutte le strutture non sono state più visitabili; nel frattempo il 6 marzo erano già state chiuse alle visite le strutture semiresidenziali.

In quel periodo le RSA si sono fatte carico autonomamente dell'acquisto dei dispositivi di protezione individuale. Solo alcuni mesi dopo la Regione<sup>63</sup> ha deliberato di rimborsare parte delle spese sostenute.

La *Commissione speciale di inchiesta sulla gestione delle RSA e delle Case di Riposo per anziani in relazione alla pandemia da SARS-Cov-2*, istituita negli ultimi mesi della X Legislatura, considerato il poco tempo a disposizione per i lavori e le audizioni, ha provveduto a formulare e inviare a un campione di 45 strutture un questionario, a cui hanno risposto 32 strutture (71% del campione) di dimensioni diverse e con situazioni epidemiche diversificate, al fine di comprendere gestione, evoluzione e criticità.

Dai dati rilevati dal questionario emerge che lo screening, iniziato ad aprile, di ospiti ed operatori è avvenuto con modalità diverse nel tempo. Inizialmente sono stati utilizzati soprattutto test sierologici (in circa il 40% delle strutture) e test antigenici cosiddetti "a saponetta" (44%). Emerge inoltre che i test sierologici avevano un tempo di attesa del risultato di 4 giorni, mentre per i test rapidi "a saponetta" il tempo di attesa medio per l'esito è stato generalmente inferiore ai 15 minuti.

Un altro aspetto importante riguarda la fornitura ai Centri di Servizio dei dispositivi di protezione individuale.

A tal proposito si riportano le affermazioni della dottoressa Patrizia Simionato, che, in qualità di ex Direttore Generale di Azienda Zero, dichiara: *"per quanto riguarda l'altro aspetto, quello dei DPI relativi alle RSA piuttosto che ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, il portale delle singole aziende è stato alimentato anche rispetto ai fabbisogni di tali strutture, di tali Enti... perché, pur trattandosi di strutture con propria autonomia giuridica, organizzativa, eccetera, avevano meno capacità di approvvigionamento rispetto ad Azienda Zero."*

Tutto questo come emerge dai dati è avvenuto solo in seconda battuta, e se è vero che si tratta di strutture con una loro autonomia giuridica, è altrettanto vero che la dotazione dei presidi e dei farmaci viene fornita dalle Aziende ULSS.

---

<sup>63</sup> Con DGR 1304 e DGR 1308 dell'8 settembre 2020.

Si riportano, di seguito, parte delle considerazioni e dichiarazioni spontanee contenute nelle risposte al questionario:

*«I DPI acquistati non sarebbero stati sufficienti da soli. [...] sono stati donati alla struttura altri DPI e materiale necessario da imprenditori, privati, protezione civile, associazioni ed organismi del territorio. [...] A marzo, per un breve arco temporale, vista la carenza di DPI ed in particolare di mascherine chirurgiche, sia nel mercato tradizionale che sul MEPA, e nell'impossibilità della ULSS di fornirle, si è ritenuto di acquistare tessuto di cotone per sale operatorie, per auto-produrre delle mascherine lavabili ed igienizzabili»*

*«La Struttura ha dovuto acquisire in modo autonomo a prezzo di mercato. L'ULSS non aveva a disposizione DPI da inviarci.»*

*«I DPI devono essere forniti da subito dalle Aziende Ulss. Non è pensabile l'approvvigionamento "si salvi chi può" che abbiamo vissuto durante i primi mesi dell'emergenza»*

*«Nel periodo fine marzo e primi di aprile ci sono state grosse difficoltà nel reperire nel mercato i DPI e a volte la qualità del prodotto non è stata soddisfacente.»*

*«La criticità massima è stata relativa all'assoluta carenza di dispositivi di protezione sul mercato, praticamente impossibili da acquisire anche tramite il canale istituzionale rappresentato dall'Azienda ULSS, sia per quanto riguarda le mascherine (chirurgiche e FFP2) che per le tute [...]. La criticità nel reperimento era già presente alla data del 24 febbraio ed è perdurata almeno fino a metà di aprile.»*

*«La gestione delle positività ha determinato numerosi spostamenti di stanza causando negli anziani un importante senso di disorientamento, associato a paura (...) L'esperienza emergenziale vissuta ha determinato nel personale un generale senso di ansia, paura, panico, insonnia, agitazione da stress post traumatico. Ansia, paura, panico, insonnia, agitazione, crisi di pianto sono solo delle manifestazioni fisiologiche registrate»*

*«..due livelli di problema che devono essere presi in considerazione nel caso di ripresa dell'epidemia: 1) coinvolgimento dei familiari; 2) gestione degli ospiti dementi»*

*«è presumibile ritenere che i dati sulla mortalità da Covid – 19 siano parziali in quanto soprattutto per il periodo di febbraio – aprile, nelle varie strutture e residenze (anche quelle c.d. "covid free") non è stato rilevato il fenomeno dei decessi Covid»*

Un ulteriore elemento oggetto di analisi sono stati i protocolli. Tutte le strutture interpellate hanno dichiarato di essere state in grado di applicare i diversi protocolli previsti, il 60% senza alcun problema e il 40% con qualche difficoltà in più. Le difficoltà segnalate riguardano soprattutto una dotazione insufficiente di OSS e infermieri. L'Azienda ULSS competente, qualora contattata dai Centri di Servizio, ha fornito risposte soddisfacenti o molto soddisfacenti nel 73% dei casi; rari i casi di insoddisfazione.

Secondo i dati forniti da Uripa, al 29 marzo 2020, su 207 Centri di Servizio oggetto della rilevazione, 53 avevano registrato al loro interno casi di covid e 154 erano risultati "covid-free", mentre dalla rilevazione del 15 aprile 2020 effettuata dalla Regione, su 330 strutture ne risultavano investite dal covid soltanto 50!



Dunque la Regione pochi giorni dopo la pubblicazione dei dati di Uripa ha diffuso una sua indagine riguardante un numero di strutture notevolmente superiore (+59,4%), ma ha rilevato un numero inferiore di strutture in cui risultava presente il covid.

Ricordiamo che lo screening vero e proprio parte da aprile 2020. Dalla rilevazione Uripa al 24 febbraio 2021 su 302 strutture, 216 sono state interessate da casi di covid (71,5%).

Nella prima ondata (marzo - giugno 2020) risultano colpiti 62 Centri di Servizio con 640 decessi; nella seconda ondata (ottobre 2020 - aprile 2021) 240 Centri con 3.560 decessi (+556%).

Nella documentazione fornita da Uripa colpisce particolarmente la slide in cui si afferma: *“Una strage annunciata per gli anziani ospiti nei centri servizio (RSA)”*

Altre considerazioni significative sono le seguenti: *“PRIMA ONDATA COVID MARZO-GIUGNO 2020. Il 9 marzo 2020 viene disposto il lock-down, per cui le 25.000 unità di lavoratori e lavoratrici dei centri servizio che per 14.500 volte al giorno, per 101.500 volte alla settimana e per 435.000 volte al mese entravano nei 342 centri servizio del Veneto spesso senza avere a disposizione DPI adeguati piuttosto che procedure standardizzate, ritornavano a casa e trovavano il marito, la moglie, la figlia, il figlio, il fratello, la sorella, il nonno, la nonna ecc... che erano confinati al domicilio senza nessun tipo di rapporto esterno. SECONDA ONDATA COVID OTTOBRE 2020 – APRILE 2021. Non vi era più il lock-down, per cui con un virus circolante più aggressivo e più letale (variante inglese) (...) le 25.000 unità di lavoratori e lavoratrici dei centri servizio che per 14.500 volte al giorno, per 101.500 volte alla settimana e per 435.000 volte al mese entravano nei 342 centri servizio del Veneto spesso senza avere a disposizione DPI adeguati piuttosto che procedure standardizzate, ritornavano a casa e trovavano il marito, la moglie, la figlia, il figlio, il fratello, la sorella, il nonno, la nonna ecc... che erano andati a lavorare, che erano andati a scuola, che erano andati al bar, piuttosto che al supermercato. Un numero di contagi nei centri di servizio che seguiva parallelamente la curva di ascesa dei territori e che ha generato un effetto a catena non solo nella comunità degli ospiti, ma quanto peggio, nella comunità della forza lavoro, che veniva decimata in un momento nel quale vi era invece la necessità di avere ancora più risorse per meglio seguire i bisogni degli ospiti, garantire loro le cure e attuare le procedure di prevenzione previste. In quei giorni nessuno di noi può dimenticare che in molte strutture vi erano situazioni a dir poco drammatiche, con organici dimezzati come ad esempio 2 OSS per 30 ospiti anziché 7 in turno, piuttosto che un infermiere per 60/90 ospiti”*

Nell’audizione del 17 giugno 2022, Elisabetta Elio, Vicepresidente di Uneba, ha affermato: *“è vero anche che, nel momento in cui, nella fase acuta, noi tentavamo di portare [...] al pronto soccorso i nostri ospiti [...] i pronto soccorso e gli ospedali hanno scelto, a un certo punto, chi curare e chi no. Di fatto, è stata fatta una scelta.”*

Tale scelta è confermata, non solo per gli ospiti dei centri servizi per anziani, ma per i cittadini in generale, dalle parole del dottor Paolo Rosi in data 26 ottobre 2021: *“Per quanto riguarda invece l’eventuale selezione di pazienti da ammettere in Terapia intensiva, tutti i pazienti che avevano necessità di Terapia intensiva sono stati ricoverati in Terapia intensiva... Ovviamente, voi capite bene che un paziente tumorale in fase terminale è giusto che muoia nel suo letto e non attaccato a dei macchinari e lontano dai familiari. Quindi la Terapia intensiva serve a chi ha possibilità di uscirne... L’appropriatezza del ricovero è fondamentale. Tutti quelli per cui era appropriato sono stati ricoverati.”*

Il rappresentante della CGIL Paolo Righetti è intervenuto ricordando come il sindacato avesse sollecitato pubblicamente la necessità di trasferire gli ospiti nel momento in cui non fosse possibile una reale separazione tra positivi Covid 19 e non positivi.

Il dottor Vincenzo Miglietta (Delegato regionale Assistenza primaria SMI) ha posto all'attenzione della commissione una criticità storica: *“Per quanto riguarda poi l’assistenza sanitaria presso i centri di servizio e le RSA, la pandemia ha reso evidente che la criticità contrattuale delle quattro ore al dì per cinque giorni su sette per 60 pazienti e il sabato di due ore, ha praticamente reso impossibile la presa in carico di questi pazienti da parte dei medici di medicina generale, in quanto non si è tenuto conto dei tempi della pandemia con abbandono di numerosi professionisti. Sono stati impiegati medici USCA per tamponare questa situazione, non adeguatamente preparati ad affrontare questa situazione emergenziale”.*

Emerge infine una situazione economico-finanziaria disastrosa, frutto di mancate riforme del sistema e non solo della pandemia, lo ha messo in evidenza chiaramente Roberto Volpe, presidente di Uripa:

*“Nel 2020, per esempio, le residenze per anziani hanno comprato mascherine a 5 euro, perso il 10% della capacità ricettiva, aumentato i costi di gestione del 5,6% e che compriamo dalle Aziende Sanitarie gli infermieri a 35 euro l’ora, a fronte di un costo orario di 25 euro! Nel corso del 2020 per il solo premio al solo personale sanitario si sono stanziati oltre 60 milioni di euro.”* (audizione Uripa, Quinta commissione 1/12/2020)”

Dalle audizioni e dal questionario della Commissione Covid gestione RSA emergono alcuni dati importanti su cui definire un chiaro piano di investimento:

1. è fondamentale un investimento di natura strutturale per permettere il reale isolamento di soggetti colpiti da malattie infettive (Elisabetta Elio Vicepresidente di Uneba Veneto ricorda che particolarmente significativa è la difficoltà intrinseca delle strutture di accoglienza che sono state concepite come inclusive e edificate in modo tale da non consentire chiusure parziali);
2. è prioritario un protocollo uniforme di gestione delle visite in caso di epidemie e pandemie;
3. non è ammissibile che le strutture vengano lasciate sole per mesi nella definizione del tracciamento e della fornitura dei DPI e questo determina da una parte una fotografia di contagi e mortalità non reali, una solitudine di chi opera nelle strutture ed una esposizione finanziaria;
4. sono necessari piani di supporto di personale, familiari ed ospiti in situazioni epidemiche, pandemiche o di particolare stress;
5. è indispensabile un rapporto molto più definito tra strutture ed ospedale in termini di presa in carico della persona – creazione di un “sistema a rete”;
6. una riforma completa e organica del ruolo del Medico all’interno delle strutture.