IL PIEMONTE DELLE AUTONOMIE
Rivista quadrimestrale di scienze dell'Amministrazione
ISSN 2385-085X Registrazione Tribunale di Torino n.4 del 18 febbraio 2014

Il Servizio sanitario regionale piemontese di fronte alla pandemia da COVID-19

Francesco Pallante[1]

1. Due punti fermi.

Benché sia indubbiamente prematuro elaborare giudizi compiuti sulla "risposta" alla pandemia da Covid-19 da parte del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nel suo complesso, e dei Servizi sanitari regionali (Ssr), nelle loro specificità, pare tuttavia possibile iniziare a individuare due punti fermi.

Il primo punto fermo è che la "risposta" data all'emergenza sanitaria nelle diverse Regioni è risultata condizionata, in modo decisivo, dalla pregressa organizzazione dei Ssr: in particolare, ma non solo, dall'esistenza di un servizio di prevenzione, individuale e collettiva (specialmente sui luoghi di lavoro), e di un servizio di assistenza territoriale adeguatamente strutturati. I Ssr carenti su questi fronti, perché prevalentemente incentrati sull'assistenza ospedaliera, sono quelli che hanno gestito l'emergenza nella maniera meno efficace, sino a giungere, nei momenti maggiormente critici, alla necessità di scegliere quali pazienti ricoverare nelle terapie intensive, data l'impossibilità di farsi carico di tutte le richieste di accesso al servizio.

Il secondo punto fermo è che la "risposta" data all'emergenza sanitaria nelle diverse Regioni è risultata altresì condizionata, in modo altrettanto decisivo, dalle scelte compiute dai vertici politici e amministrativi regionali per far fronte all'emergenza stessa, in un quadro generale in cui è mancata una reale capacità di coordinamento da parte delle competenti autorità statali. In particolare, determinanti sono risultate le decisioni assunte in ordine a questioni quali l'isolamento dei focolai, il monitoraggio e l'assistenza domiciliare dei soggetti sintomatici, la ricerca dei malati tramite campagne di tamponamento diagnostico, il tracciamento delle persone riscontrate positive, i protocolli di ammissione e dimissione ospedaliera, l'adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale al personale sanitario, l'apertura delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) ai malati di Covid-19 non più bisognosi di ospedalizzazione, la ricerca e il tracciamento dei positivi asintomatici, ecc.

Pare ragionevole ritenere che la combinazione di questi due fattori – organizzazione

pregressa del Ssr e scelte tecnico-politiche di gestione della pandemia – abbia inciso in maniera assai rilevante sulle prestazioni fornite dai diversi servizi sanitari nei mesi passati (tra l'altro dimostrando che il finanziamento, pur essendo questione importantissima, è una soltanto delle variabili in gioco), con ripercussioni significative sul tasso di mortalità registrato nei diversi territori rispetto alla medesima patologia: una situazione – inutile sottolinearlo? – inaccettabile dal punto di vista dei principi costituzionali, avendo comportato una lesione del nucleo indefettibile del diritto alla salute per tutti coloro che sono stati esposti alla pandemia nelle Regioni meno capaci di contenerne gli effetti.

Anche in considerazione del possibile ritorno di questo o altro rischio pandemico, interrogarsi sulla gestione dell'emergenza sanitaria da parte delle autorità regionali piemontesi, a partire dalle condizioni di organizzazione del Ssr, non deve, dunque, essere inteso come un esercizio di critica fine a se stessa, bensì come un tentativo di contribuire costruttivamente alla riflessione su un evento epocale, dalla drammaticità inaudita e dall'evoluzione a tutt'oggi imprevedibile. È, pertanto, con lo sguardo rivolto più al futuro che al passato che sono state scritte – e, si suggerisce, andrebbero lette – le pagine che seguono.

2. Il Servizio sanitario regionale piemontese e il Covid-19.

Sulla riduzione, strutturale e finanziaria, del Servizio sanitario nazionale e, conseguentemente, dei Servizi sanitari regionali si è, giustamente, scritto molto in questi mesi. A carenze di finanziamento pubblico, pari a circa 37 miliardi di euro rispetto alle esigenze nel tempo crescenti[2], sono corrisposte contrazioni significative di personale, attrezzature e strutture sanitarie[3] solo parzialmente compensate dall'incremento della spesa privata (anche perché sovente destinata a soddisfare bisogni che, dal punto di vista sanitario, non sono considerabili essenziali), oramai indicativamente corrispondente a un quarto della spesa sanitaria complessiva[4]. Una situazione di difficoltà, dunque, che ha interessato il Ssn nel suo complesso, ma che ha avuto peculiari ripercussioni in Piemonte, unica Regione dell'Italia centro-settentrionale assoggettata a piano di rientro sanitario per oltre una Legislatura (dal 29 luglio 2010 al 21 marzo 2017).

È stata così spiegata, in ragione delle misure imposte dallo Stato durante gli anni di recupero del dissesto finanziario, la contrazione della dimensione strutturale del Ssr piemontese, i cui dati maggiormente significativi – frutto di una serie di provvedimenti, adottati in particolare tra il 2014 e il 2015, così incisivi da essere stati definiti «di fatto una riforma organica della sanità piemontese»[5] – registrano la riduzione di oltre 3.900 unità di personale, in particolare amministrativo e medico (il totale scende da quasi 60.000 nel 2009 a poco più di 55.000 nel 2017), di oltre 2.000 posti letto (passati da 4,5 a 3,1 ogni mille abitanti, ben al di sotto della media dei Paesi Ocse) e di 14 ospedali (scesi da 63 a 49), con il parallelo incremento di oltre il 20% dei pazienti in carico a ciascun medico di famiglia (oramai vicini alla cifra di 1.300 pazienti per medico)[6]. Si tratta di numeri che, se rendono evidente il contestuale moto del Ssr piemontese verso l'indebolimento della dimensione territoriale e il rafforzamento della dimensione ospedaliera, nascondono tuttavia due rilevanti profili: il primo, relativo alla circostanza che la "deterritorializzazione" del Ssr regionale è una dinamica assai più risalente nel tempo; il secondo, relativo all'origine delle difficoltà di natura finanziaria che si sono abbattute sulla sanità piemontese.

Illustra chiaramente la risalente tendenza al "distacco" del Ssr dal territorio il progressivo e inarrestabile accrescimento della dimensione degli ambiti territoriali di intervento: se, infatti, la l.r. n. 41/1976 aveva individuato settantasei ambiti per le unità locali dei servizi, già quando a questi furono sovrapposti gli ambiti delle Ussl (l.r. n. 20/1982) il loro numero venne ridotto a sessantatré, per poi scendere radicalmente a ventidue, oltre a sette aziende ospedaliere, con l'aziendalizzazione sancita, nel quadro della riforma nazionale, dalla l.r. n. 39/1994. Oggi, in esito a ulteriori accorpamenti avvenuti nel 2007 (l.r. n. 18/2007 e d.C.R. n. 136-39452 del 22.10.2007) e nel 2016 (d.C.R. n. 179-40516 del 6.12.2016, che ha istituito l'Asl Città di Torino), le Asl (così ridefinite dalla l.r. n. 61/1997) sono dodici e le aziende ospedaliere sei, di cui tre universitarie. E si tratta di una tendenza tutt'ora in atto, se è vero che i due principali progetti su cui si concentrano gli investimenti nella sanità regionale sono la costruzione del "Parco della Salute" di Torino e della "Città della Salute e della Scienza" di Novara, luoghi in cui ulteriormente concentrare sedi attualmente diffuse sul territorio. A questa dinamica di progressivo accrescimento della dimensione territoriale degli enti del Ssr si accompagnano, a partire soprattutto dal 2010, carenze crescenti relative ai servizi di assistenza territoriale, tra cui spiccano: la sostanziale rinuncia ad attuare la pur avanzata l.r. n. 10/2010 sulle cure domiciliari integrate socio-sanitarie per le persone non autosufficienti[7]; la mancata diffusione dell'ospedalizzazione a domicilio (Oad), esperienza in atto, fin dalla metà degli anni Ottanta, presso l'ospedale Molinette di Torino (e che oggi sarebbe agevolata dallo sviluppo delle tecnologie mediche); il grave ritardo rispetto a Regioni come il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana nell'assistenza domiciliare integrata (Adi)[8]. Anche l'esperienza delle Case della Salute – così come realizzate in Emilia Romagna quali snodi delle reti dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali – potrebbe essere considerata un modello da assumere a riferimento[9].

Quanto alla difficoltà di ricostruire le cause che hanno condotto la Regione Piemonte in piano di rientro, è forse il caso di ricordare che manovre finanziarie di non agevole lettura intorno alla sanità piemontese sono iniziate sin dal 1995, con la prima Giunta regionale guidata da un Presidente eletto direttamente dai cittadini, protagonista di una drammatica vicenda conclusasi, anni dopo e grazie anche all'avallo delle Giunte regionali successivamente subentrate, con il passaggio degli ospedali della Chiesa Valdese e dell'Ordine Mauriziano – inseriti nel Ssr, ma autonomi – in capo all'amministrazione regionale. Una vicenda estremamente complessa non solo sul piano normativo[10], ma anche sul piano giurisdizionale, considerato il coinvolgimento, oltre che della Corte dei Conti, altresì della giustizia amministrativa e, a due riprese, della Corte costituzionale[11].

Analogamente, di non agevole lettura risulta la causa scatenante il dissesto finanziario che, qualche anno dopo, ha travolto l'intera sanità regionale, e non sue singole strutture, innescando una situazione – quella poi sfociata nel piano di rientro – di nuovo capace di "attraversare" Legislature di colore politico diverso. Com'è stato scritto sulla rivista dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Torino, «per anni è stata convinzione comune che il bilancio della Sanità regionale fosse la causa dell'incredibile "buco nero" (disavanzo) di 7.258.726.834,62 [del bilancio regionale], ma analisi approfondite [basate sull'Indagine sulla sostenibilità del Ssn condotta dal Senato] dimostrano che la Sanità piemontese non è mai stata in deficit dal 2005», essendo il debito, in realtà, dovuto allo squilibrio di altre voci del bilancio regionale. Come se non bastasse, «una parte dei finanziamenti provenienti da Roma per la Sanità sono stati negli anni utilizzati come cassa per spese extra-sanitarie […]. Si tratterebbe di 4,3 miliardi di euro […]

destinati al Ssr che sono stati utilizzati altrove». In tal modo, difficoltà economiche regionali «misteriose e non chiaramente identificate», sarebbero state scaricate sulla Sanità, contribuendo a ulteriormente indebolire il Ssr piemontese[12].

In un quadro già segnato a livello nazionale dall'indebolimento del servizio sanitario, la Regione Piemonte ha, dunque, dovuto fare i conti con difficoltà peculiari e risalenti nel tempo, frutto dell'attitudine di una certa classe politica regionale a trattare la sanità più come una risorsa da utilizzare a fini contingenti che come un bene pubblico di cui prendersi cura con visione di lungo periodo. Unitamente all'organizzazione sempre più incentrata sul pilastro dell'assistenza ospedaliera, a discapito di quelli di prevenzione e di assistenza territoriale, è ragionevole ritenere che ciò abbia condizionato la capacità di far fronte a un evento, come la pandemia da Covid-19, già di per sé dotato di una forza distruttiva non facilmente contenibile.

3. Il Covid-19 e il Servizio sanitario regionale piemontese.

Benché la pandemia si sia all'inizio manifestata soprattutto in Veneto e in Lombardia, rapidamente il Piemonte è risultata una delle Regioni maggiormente colpite, sino a divenire la seconda del Paese per numero assoluto di casi. Addirittura, nella fase più drammatica della diffusione del virus, sul territorio piemontese si è per un certo periodo registrato il maggior numero di casi attivi (dato ottenuto sottraendo ai positivi i guariti e i deceduti) rispetto alla popolazione, un risultato su cui ha, in particolare, inciso l'andamento delle province di Torino, Alessandria, Asti, Vercelli e Verbano-Cusio-Ossola. Aprile è stato il mese più difficile, con l'indice dei positivi ogni centomila abitanti in crescita a un tasso quasi triplo rispetto all'incremento nazionale. Ad oggi, con una percentuale di popolazione contagiata pari allo 0,72% del totale, il Piemonte quasi raddoppia la media nazionale, collocandosi dietro alla sola Lombardia (oltre che alla Valle d'Aosta, le cui ridotte dimensioni rendono però impossibile il paragone con le altre Regioni). I morti sono, ufficialmente, 4.119, pari all'11,75% del totale nazionale (a fronte di una popolazione regionale che ammonta al 7,22% di quella italiana)[13]; il confronto con i dati della mortalità del 2019, specialmente per la fascia di popolazione superiore ai 75 anni, lascia però intendere che possano in realtà essere molti di più.

È evidente che, nell'ambito della mole di azioni anti-pandemia intraprese dalle autorità regionali piemontesi[14], non tutto è andato come avrebbe dovuto[15]. Schematizzando, quattro sembrano essere stati i principali nodi critici sul piano sanitario[16]: (*a*) le manchevolezze nella risposta dell'assistenza territoriale, (*b*) la centralità attribuita all'assistenza ospedaliera, (*c*) l'inadeguata protezione delle persone ricoverate nelle Rsa, (*d*) la carente fornitura di dispositivi di protezione individuale al personale a vario titolo coinvolto nella gestione della pandemia.

3.1. Le manchevolezze nella risposta dell'assistenza territoriale.

Il primo profilo critico – le manchevolezze nella risposta dell'assistenza territoriale – può essere ritenuto la matrice delle difficoltà che si sono abbattute sul Ssr piemontese.

Intervenire efficacemente sul territorio, intercettando i contagiati prima dell'aggravarsi del quadro clinico e isolando i focolai, avrebbe consentito non solo di non gravare le strutture ospedaliere di tutte le attività esercitabili a domicilio, ma, soprattutto, avrebbe prevenuto l'afflusso negli ospedali di un numero difficilmente gestibile di pazienti in condizioni tanto gravi da richiedere il trattamento della malattia in terapia intensiva (o sub-intensiva).

A tal fine, occorreva anzitutto porre in essere una capillare campagna di test diagnostici, tramite esecuzione di tamponi che consentissero di acquisire un quadro preciso della diffusione della malattia. Nella seconda metà di marzo, il Piemonte decideva, invece, di sottoporre a test, oltre al personale sanitario, soltanto i soggetti sintomatici che fossero stati, nelle due settimane precedenti, a contatto con persone malate o in zone a intensa diffusione del virus (categorie a cui sono state poi aggiunte, a fine aprile, le persone a qualsiasi titolo ricoverate in ospedale). È vero che, nell'effettuare tale scelta riduttiva, le autorità regionali si sono adeguate alle indicazioni provenienti dal Ministero della Salute (circolare del 9 marzo 2020). Tuttavia, è altresì vero che la Regione Veneto ha dimostrato che si poteva far uso dell'autonomia regionale per agire diversamente, svolgendo un'intensa campagna di test diagnostici anche su soggetti asintomatici, cosa che le ha consentito di conseguire una miglior conoscenza e un miglior controllo dell'andamento della situazione sanitaria sul proprio territorio. Se a ciò si aggiungono le difficoltà sorte in Piemonte nella fase di analisi dei (pochi) tamponi eseguiti, a causa del ridotto numero di laboratori e delle difficoltà nel procurarsi i reagenti, si comprende facilmente il divario che ancora oggi segna, in negativo, la posizione della Regione rispetto alle altre: lo dimostrano, rapportandoli al numero degli abitanti, il nono posto per numero di tamponi effettuati e l'undicesimo posto per numero di casi testati[17]. Un po' poco se si considera la particolare gravità con cui il virus ha colpito la Regione.

A ulteriormente indebolire la risposta territoriale fornita dal Ssr piemontese ha inoltre contribuito, nelle fasi iniziali della pandemia, l'incredibile vicenda delle centinaia di segnalazioni di casi sospetti di Covid-19 effettuate dai medici di medicina generale al Servizio di Igiene a Sanità Pubblica (Sisp) affinché potesse essere tempestivamente disposta la presa in carico dei malati da parte del Ssr, segnalazioni andate perdute a causa di una mai pienamente chiarita disfunzione del sistema informatico preposto al loro trattamento. In tal modo, persone che avrebbero dovuto essere isolate e curate per tempo hanno involontariamente contribuito alla diffusione del contagio, nel contempo patendo l'aggravarsi delle proprie condizioni di salute. Il profondo sconcerto che questa vicenda suscita è ulteriormente acuito dalla circostanza che, a quanto risulta, in nessun'altra Regione si è verificato un analogo evento.

Infine, a segnare negativamente l'assistenza sanitaria territoriale prestata dalla Regione Piemonte sono stati i gravi ritardi nell'istituzione delle unità preposte alla gestione domiciliare dei pazienti, disposta dalle autorità statali fin dall'inizio di marzo. Il riferimento è all'art. 8 del d.l. n. 14/2020, in base al quale le Regioni erano tenute a istituire, nel termine di 10 giorni, una rete di Unità speciali di continuità assistenziali (Usca), attraverso le quali assicurare gli interventi di cura domiciliare dei malati non bisognosi di ospedalizzazione, in modo tale che risultasse operativa una Usca ogni 50.000 abitanti. Ciò avrebbe comportato, per il Piemonte, l'attivazione di 82 Usca entro il 20 marzo, un obiettivo che risulta essere stato conseguito con un ritardo di quasi due mesi, solo verso la metà di maggio, probabilmente anche a causa della scelta di non procedere centralmente, a livello

regionale, ma di attribuire a ogni singola Asl il compito di predisporre, attraverso propri bandi, l'attivazione delle Usca e di procedere, pur nell'ambito delle linee-guida regionali, alla disciplina delle loro attività. Il risultato, ancora una volta, è stato il mancato trattamento a domicilio dei casi sospetti prima che degenerassero riversandosi sugli ospedali.

3.2. La centralità attribuita all'assistenza ospedaliera.

Il secondo profilo critico – la centralità attribuita all'assistenza ospedaliera – è diretta conseguenza del primo. Come appena argomentato, le carenze nell'individuazione, nella segnalazione, nell'isolamento e trattamento a domicilio dei contagiati (fossero essi sintomatici o asintomatici) ha comportato, per conseguenza, che una consistente parte di essi, vedendo aggravarsi la propria condizione, si sia riversata negli ospedali. Data la diffusione del virus, ciò è avvenuto in numero tale da rendere estremamente complicata la prestazione a tutti di cure adeguate[18]. L'ultimo giorno di marzo il numero dei ricoverati in terapia intensiva ha così raggiunto le 458 unità, mantenendosi ininterrottamente sopra quota 400 dal 26 marzo al 9 aprile. Il picco dei ricoveri non in terapia intensiva è stato, invece, toccato il 9 aprile (con 3.553 pazienti Covid-19), rimanendo costantemente al di sopra di quota 3.000 tra il 21 marzo e il 23 aprile. Se si considera che, prima del manifestarsi dell'emergenza, il Piemonte poteva contare su circa 16.500 posti letto ospedalieri (con alto tasso d'occupazione), di cui poco più di 300 in terapia intensiva, si comprende appieno la drammaticità della pressione scaricatasi sugli ospedali.

Gli sforzi compiuti dall'amministrazione regionale per far fronte a una situazione tanto complicata sono stati poderosi, se è vero che già il 28 marzo la disponibilità delle terapie intensive era praticamente raddoppiata, avendo superato le 550 unità[19]. A tal fine, più che l'allestimento dei due "Covid Hospital" delle Officine Grandi Riparazioni (Ogr) di Torino e di Verduno – i cui tempi di ultimazione non potevano materialmente coincidere con la fase più acuta dell'epidemia – decisivi sono risultati gli interventi di riconversione di molti reparti ospedalieri in reparti Covid a bassa, media e alta intensità. Altrettanto decisivo è stato l'aumento del personale sanitario, il cui organico era a tal punto in sofferenza da rendere necessario l'arrivo, il 14 aprile, di medici e infermieri provenienti da Cuba. Successivamente, la situazione è migliorata, sia grazie all'assunzione, con incarichi di lavoro autonomo a tempo determinato (come previsto dall'art. 2 del d.l. n. 14/2020), di oltre 2.000 unità di personale medico e infermieristico – inclusi specializzandi degli ultimi due anni e professionisti collocati in quiescenza – sia grazie alla sospensione, decisa il 5 marzo, dell'attività sanitaria ordinaria, fatta eccezione per gli interventi salvavita e oncologici, con conseguente reindirizzamento del personale, prima impegnato in altre attività, nel contrasto alla pandemia (si calcola che siano stati interessati dalla sospensione almeno 300.000 prestazioni, che non sarà facile, adesso, progressivamente recuperare).

Ciò che tuttavia, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera così potenziata, è mancato è stato un atteggiamento di rigorosa attenzione volto a evitare che, specialmente nelle settimane di maggiore afflusso, gli ospedali si trasformassero essi stessi, paradossalmente, in focolai di infezione (anche a causa delle carenze strutturali legate alla vetustà delle strutture)[20]: e ciò tanto per i pazienti già ricoverati, quanto, soprattutto, per gli operatori sanitari, che sono risultati colpiti da un elevato numero di contagi a causa della loro inadeguata protezione (su cui, *infra*, par. 3.4.).

3.3. L'inadeguata protezione delle persone ricoverate nelle Rsa.

Il terzo profilo critico – l'inadeguata protezione delle persone ricoverate nelle Residenze sanitarie assistenziali – è forse quello maggiormente doloroso, avendo coinvolto le persone più fragili tra tutte quelle affidate alle cure della sanità regionale: anziani ammalati e, in moltissimi casi, non autosufficienti. Proteggere adeguatamente i più deboli avrebbe dovuto essere un imperativo morale, oltreché giuridico, in un momento d'inaudita gravità come quello che si stava attraversando. E, invece, non soltanto non sono stati adottati, come nella fase iniziale della gestione ospedaliera, protocolli di protezione idonei a tenere il virus lontano dai luoghi di ricovero, ma si è addirittura deciso di trasferire nelle Rsa i malati di Covid-19 non più bisognosi di trattamenti ospedalieri.

A quanto è dato conoscere, la delibera in questione (d.G.R. 14-1150 del 20 marzo 2020) – un atto dalla gestazione, invero, piuttosto travagliata, pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione solo il 10 aprile, tre settimane dopo essere stata approvata dalla Giunta regionale, e in un testo differente rispetto a quello che risulta sia stato inizialmente trasmesso ad (almeno) alcune Asl – non ha poi trovato applicazione, se non in una Rsa torinese su autorizzazione dell'Asl Città di Torino. Si può supporre che a scongiurare scenari ancora più tragici abbia contribuito l'attenzione mediatica rapidamente coagulatasi intorno alla vicenda, che può aver indotto una sorta di ripensamento in capo alle autorità sanitarie, in quel momento alla disperata ricerca di soluzioni per incrementare il numero dei posti letto disponibili (come sopra ricordato, in quelli stessi giorni il Ssr rischiava di essere travolto dal picco pandemico). E tuttavia, il fatto che oltre il 60% delle morti causate in Piemonte dal Covid-19 si sia verificata nelle Rsa – per un ammontare di oltre 2.500 vittime – e che ancora al 14 maggio oltre il 10% dei pazienti ivi ricoverati risultava positivo al Covid-19 è indicativo del fatto che vi sono state gravissime carenze nella predisposizione di tutte le precauzioni necessarie ad assicurare l'adeguata tutela dei degenti[21].

Lo sviluppo delle cure domiciliari previste dalla legge regionale 10/2010; la drastica riduzione della dimensione delle strutture Rsa, con divieto di accorpamenti elusivi dei limiti; la dotazione di personale sanitario e socio-sanitario in misura appropriata, organizzato in equipe sotto la guida di una direzione sanitaria: sono gli elementi essenziali intorno ai quali dovrà al più presto essere ripensato questo delicatissimo ramo della sanità regionale.

3.4. La carente fornitura di dispositivi di protezione individuale al personale sanitario.

Il quarto profilo critico – la carente fornitura di dispositivi di protezione individuale al personale a vario titolo coinvolto nella gestione della pandemia – costituisce un problema trasversale ai profili precedenti.

Medici di medicina generale, personale operante sul territorio, medici ospedalieri, infermieri, professionisti impiegati nelle Rsa, tecnici di laboratorio, personale amministrativo: chiunque, a qualsiasi titolo, abbia operato nelle attività di contenimento e gestione della pandemia, e più in generale nell'ambito del Ssr, ha patito – specie nelle fasi

iniziali, ma non solo – la mancata fornitura di adeguati dispositivi di protezione individuale. Se ospedali e altri luoghi di cura hanno, paradossalmente, contribuito alla diffusione del contagio, la ragione è da ricercarsi nella mancanza di guanti, mascherine, tute, visori, ecc. adeguati rispetto all'emergenza in atto. Le denunce di distribuzione di materiale inadatto arrivate alle prime pagine dei giornali sono state solo la punta di un iceberg che ha imposto al personale sanitario un tributo di vittime – tra ammalati (oltre tremila) e deceduti (almeno cinque) – davvero inaccettabile.

4. Conclusione.

«Aumento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva, individuazione degli ospedali Covid sul territorio, ristrutturazione dei Pronto soccorso e consolidamento della separazione dei percorsi, rotazione e distribuzione delle attrezzature e delle strumentazioni, aumento dei mezzi di soccorso da dedicare ai trasferimenti tra ospedali ed incremento del personale in aggiunta all'attuale dotazione organica del servizio sanitario regionale»: sono così riassunti, sul sito della Regione Piemonte, i punti caratterizzanti il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera predisposto dal gruppo di lavoro dedicato alla riorganizzazione dell'attività ospedaliera presieduto da Giovanni Monchiero[22]. Altre indicazioni verranno dal gruppo di lavoro dedicato alla medicina di territorio presieduto da Ferruccio Fazio.

Entrambi i gruppi di lavoro chiamati, di fatto, a ripensare la sanità piemontese colpita dalla pandemia sono stati nominati dalla Giunta regionale. Così come provenienti dall'esecutivo piemontese sono praticamente tutti gli atti normativi e operativi adottati in questi mesi. Oltre all'attività di sindacato ispettivo, il coinvolgimento del Consiglio regionale si è limitato all'approvazione di cinque leggi regionali (l.r. nn. 9, 10, 11, 13, 14/2020): tutte, ovviamente, d'iniziativa della Giunta. Al di là del merito delle proposte che vengono e verranno dai gruppi di lavoro (e che non possono, comunque, prescindere dall'adeguato rafforzamento dei "pilastri" del Ssr costituiti dalla prevenzione, individuale e collettiva, e dall'assistenza territoriale), un evento epocale pari a quello che abbiamo vissuto, e in parte ancora stiamo vivendo, meriterebbe, tuttavia, la più ampia e approfondita discussione, non soltanto all'interno del mondo politico regionale (sebbene il pieno coinvolgimento delle opposizioni sarebbe già moltissimo), ma altresì nel più ampio contesto della società piemontese, cosa che solo la sede consiliare può realmente garantire. Enti locali, sindacati, associazioni di categoria, terzo settore, università, istituti scolastici, circoli culturali, ecc. rappresentano altrettante "voci" che una politica saggia e non autoreferenziale dovrebbe avere il massimo interesse ad ascoltare.

È chiaro, oggi più che mai, che la forza di una prospettiva politica non si esaurisce in una maggioranza consiliare artificialmente costruita in virtù della legislazione elettorale. Per riuscire realmente a cambiare le cose, occorre saper intercettare i bisogni diffusi e le istanze profonde, anche tra loro in contraddizione, presenti nella collettività piemontese, per poi trasformarli in proposte politiche il più possibile capaci di esprimere una visione generale dalla quale ripartire. È un compito difficile, ma necessario: riuscire a realizzarlo, sarebbe probabilmente il modo migliore per rendere omaggio ai 4.119 morti e ai 31.536 ammalati[23] che il Piemonte ha dovuto patire a causa della terribile esperienza del Covid-19.

1 Professore associato di Diritto costituzionale, Università di Torino.

2 Il dato è tratto dal Report n. 7/2019 dell'Osservatorio della Fondazione Gimbe, che mette a confronto i finanziamenti programmati nel corso degli ultimi dieci anni e quelli effettivamente erogati (https://www.gimbe.org/osservatorio/Report). Naturalmente, un ruolo decisivo è stato svolto dalla crisi economica e finanziaria del 2008 e dai provvedimenti di drastica riduzione della spesa pubblica che vennero decisi, in particolare, tra il 2011 e il 2013 (per quanto attiene l'organizzazione sanitaria, cfr. il d.l. n. 95/2012, convertito nella legge n. 135/2012, e il d.l. n. 158/2012, convertito nella legge n. 189/2012). Il risultato è che, tra il 2010 e il 2018, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta meno del, pur asfittico, Pil: l'incremento è stato dello 0,2% annuo contro l'1,2% del Pil (così il *Rapporto Osservasalute 2019* dell'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica di Roma, p. 5, scaricabile qui: https://www.osservatoriosullasalute.it/). Anche i confronti internazionali mostrano il sottofinanziamento del Ssn italiano: tra il 2010 e il 2018, mentre la spesa sanitaria reale pro-capite saliva in Francia del 17% e in Germania del 18%, in Italia diminuiva dell'8,2% (cfr. A. Bramucci, F. Prante, A. Truger, *Decades of Tight Fiscal Policy Have Left the Health Care System in Italy Ill-Prepared to Fight the COVID-19 Outbreak*, in «Intereconomics», n. 3, 2020, pp. 147-152, consultabile al seguente indirizzo Internet: https://www.intereconomics.eu/).

3 Si vedano i dati statistici elaborati dall'Ocse: http://www.oecd.org/.

4 Così il già ricordato *RapportoOsservasalute 2019*, p. 5, in cui si legge che, nel 2018, della spesa sanitaria complessiva pari a 153 miliardi di euro, 38 miliardi sono stati pagati direttamente dai cittadini.

5 Rapporto di ricerca elaborato dal Ceims dell'Università del Piemonte orientale e da Federsanità Anci Piemonte nel novembre 2017 intitolato *Esiste un modello sanitario piemontese?*, p. 20 (http://www.quotidianosanita.it/), dove si sottolinea che la ristrutturazione della rete ospedaliera (d.G.R. 19 novembre 2014, n. 1-600, poi integrata dalla d.G.R. 23 gennaio 2015, n. 1-924), realizzata in quegli anni unitamente alla riorganizzazione della rete territoriale (d.G.R. 29 giugno 2015, n. 26-1653), «ridisegna i rapporti tra le diverse classi di ospedale, redistribuisce al loro interno discipline cliniche, funzioni assistenziali e strutture operative, genera una forte contrazione del numero di strutture complesse, completa il processo di riduzione dei posti letto conformemente ai nuovi standard nazionali».

6 I dati sono tratti dalla *Relazione annuale dell'Ires 2019* (il capitolo relativo alla salute e alla sanità è scaricabile all'indirizzo Internet: https://www.ires.piemonte.it/relazione2019/, con un parziale aggiornamento, sempre curato dall'Ires, rinvenibile qui: https://www.ires.piemonte.it/), dal n. 63/2020 della rivista dell'Ires Piemonte «Politiche Piemonte» (http://www.politichepiemonte.it/) e dall'*Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2017* (l'ultimo disponibile: può essere scaricato qui: http://www.salute.gov.it/).

7 Lo prova l'elevatissimo numero di malati non autosufficienti (circa trentamila persone) che, pur riconosciuti tali dal Ssr, non vengono presi in carico dal Ssr stesso: si vedano i dati, comunicati dalla Regione Piemonte, riportati in F. Pallante, *Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute*, in «Il Piemonte delle Autonomie», n. 1, 2019, nota 20.

8 Come si legge nel già citato *Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale 2017*, p. 15, in Piemonte il numero di casi trattati per 100.000 abitanti è inferiore alla media nazionale e corrisponde a circa un terzo del numero di casi trattati in Veneto, Emilia Romagna e Toscana.

9 Si veda la d.G.R. dell'Emilia Romagna n. 2128/2016.

10 Si vedano (*a*) per gli ospedali valdesi, la l.r. n. 11/2004 e (*b*) per gli ospedali dell'Ordine Mauriziano il d.l. n. 277/2004, convertito nella legge n. 4/2005, la l.r. n. 39/2004 e il d.l. n. 283/2006 decaduto per mancata conversione.

11 Sentenza n. 173/2006 e sentenza n. 263/2012.

12 R. Zerbi e G. Cavallero, *La sanità piemontese da dieci anni è in credito. L'amara storia del piano di rientro* , «Torino Medica», n. 1/2017. Sul punto si veda altresì, anche se con toni più sfumati, il già ricordato Rapporto di ricerca *Esiste un modello sanitario piemontese?* , p. 17, nota 29.

13 Dati tratti il 19 luglio 2020 dal sito Internet https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/. Molto utile anche https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/.

14 Forniscono un quadro completo G. Boggero e F. Paruzzo, *Risposte regionali al COVID-19: il caso della Regione Piemonte*, in corso di pubblicazione sul prossimo numero de «Le Regioni». Rende, inoltre, chiaramente l'idea dell'enorme sforzo organizzativo affrontato l'articolo pubblicato sulle pagine de «la Repubblica Torino» il 3.7.2020 in merito alle gare d'appalto e ai costi sostenuti dalla Regione Piemonte per far fronte alle molteplici emergenze derivanti dal Coronavirus (https://torino.repubblica.it/cronaca/2020/07/03/news/).

15 Significativamente, il 2 luglio il Consiglio regionale del Piemonte, approvando la mozione n. 328, ha stabilito che sia affidata a un gruppo di lavoro individuato dall'Ufficio di Presidenza un'indagine conoscitiva sulla gestione dell'emergenza Covid-19 da parte delle autorità regionali (cfr. https://www.ansa.it/piemonte/notizie/2020/07/02/).

16 Molti fattori critici erano stati individuati già l'8 aprile 2020 in un documento congiunto di tutti gli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri delle province piemontesi. Si veda, altresì, per riferimenti più precisi ai molti atti in materia, G. Boggero e F. Paruzzo, *Risposte regionali al COVID-19: il caso della Regione Piemonte* cit., par. 2.2.

17 Dati tratti il 19 luglio 2020 dal sito Internet https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/ e dall'aggiornamento giornaliero del Ministero della Salute (la differenza tra numero dei tamponi effettuati e numero dei casi testati è data dal fatto che su taluni soggetti possono essere stati effettuati più tamponi per ragioni di controllo o altre necessità).

18 L'ipotesi che nei casi più drammatici si sia dovuto scegliere a quali pazienti dare accesso alle cure, nell'impossibilità di assicurarle a tutti (ipotesi di cui, va precisato, non risultano riscontri ufficiali), ha avuto risonanza internazionale: si veda l'articolo pubblicato dal quotidiano inglese «The Telegraph» il 14.3.2020 all'indirizzo Internet https://www.telegraph.co.uk/news/2020/03/14/.

19 Cfr. https://www.ansa.it/piemonte/notizie/2020/03/28/. Secondo quanto dichiarato

dall'Assessore alla Sanità Luigi Icardi il 12 giugno 2020 innanzi alla Commissione Sanità del Consiglio regionale, i posti disponibili nelle terapie intensive dovrebbero diventare circa 600, oltre a circa 300 posti in terapia semi-intensiva.

20 Cfr. *Relazione annuale dell'Ires 2019* cit., p. 24.

21 Cfr. per i dati riportati, rispettivamente, le dichiarazioni del Comitato vittime Rsa (https://www.lastampa.it/torino/2020/06/18) e l'indagine svolta dalla sezione piemontese dell'Associazione nazionale strutture terza età (https://www.anaste.com/it). Si veda, inoltre, il Report finale dell'Istituto Superiore di Sanità sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie (https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf).

22 Cfr. quanto riportato sul sito Internet della Regione Piemonte agli indirizzi: https://www.regione.piemonte.it/ e https://www.regione.piemonte.it/.

23 Dati aggiornati al 19 luglio 2020.