RELAZIONE FINALE GRUPPO DI LAVORO DI INDAGINE CONOSCITIVA SULLA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID19 SUL TERRITORIO PIEMONTESE

Coordinatore del gruppo Daniele VALLE

PREMESSA

Il 31 gennaio 2020, a causa della diffusione dell'epidemia da Covid-19, **è stato dichiarato lo stato di emergenza** in Italia e la Regione Piemonte, a partire dal 23 febbraio 2020, dopo aver registrato sul proprio territorio la presenza di 6 casi di contagio da Covid-19, ha adottato misure straordinarie allo scopo di contenere lo sviluppo del contagio sul territorio regionale.
I dati forniti dal Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e dall'Istituto Superiore di Sanità restituiscono una drammatica fotografia che vede in Italia migliaia di persone che hanno perso la vita, in maniera tragica, spesso in una condizione di totale isolamento. Altrettanto drammatici sono i dati che vengono forniti con specifico riferimento **al personale sanitario**: gli operatori sanitari che hanno infatti contratto il Covid-19 sono un altro numero estremamente elevato e significativo della categoria più esposta al rischio di contagio che, a partire dall'inizio dell'emergenza, si è trovata faccia a faccia con il virus stesso nel tentativo strenuo di combatterlo.
Conclusa la fase più critica della c.d. prima ondata, quando i contagi in Piemonte sono progressivamente decresciuti, il 2 luglio 2020 è stata approvata dal Consiglio regionale la mozione n. 328, mediante la quale si impegna la IV Commissione consiliare permanente a **svolgere una indagine conoscitiva diretta ad acquisire notizie, informazioni e documenti relativi all'emergenza sanitaria Covid-19 sul territorio piemontese**.
Con la Delibera del 16 luglio 2020, n. 108, l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale ha autorizzato lo svolgimento dell'indagine stabilendo che, ai fini dello svolgimento delle indagini e delle relative audizioni, fosse costituito un apposito gruppo di lavoro in seno alla IV Commissione, sulla base delle designazioni effettuate da ciascun Gruppo consiliare.
Successivamente, il Presidente del Consiglio regionale, con propria nota prot. n. 11650 del 20 luglio 2020, ha chiesto ai Presidenti di ogni Gruppo consiliare di designare i componenti del Gruppo di lavoro.
Nel corso della seduta del 27 luglio viene designato il Consigliere Daniele Valle a ruolo di Coordinatore del Gruppo di lavoro.
La sopraccitata delibera ha stabilito che, come previsto dalla mozione n. 328/2020, la Commissione avrebbe dovuto esaurire l'indagine conoscitiva entro e non oltre il 30 giugno 2021, con la stesura di un apposito documento, sulla base di quanto emerso nel gruppo di lavoro, con cui riferire al Consiglio le acquisizioni, le conclusioni delle indagini e le opportune proposte conseguenti volte a fronteggiare futuri scenari.
Il 29 dicembre 2020 è stata presentata in Consiglio regionale, entro il 31 dicembre 2020 come prevedeva la DUP istitutiva, una prima analisi delle risultanze dell'attività svolta.
I lavori della commissione di indagine non si sono tenuti regolarmente ogni settimana, diradandosi rispetto al primo semestre di attività, diversamente da quanto indicava la DUP istitutiva per cui era necessario "uno spazio settimanale appositamente dedicato allo svolgimento dell'attività di indagine conoscitiva". Questo si è dovuto in parte alla calendarizzazione realizzata dalla conferenza dei presidenti dei gruppi consigliari, che ha spesso sacrificato lo spazio dedicato al gruppo di lavoro, in parte all'impossibilità di poter contare su un sufficiente preavviso per organizzare i lavori e garantire le presenze necessarie.

In merito alla possibilità per il gruppo di lavoro di svolgere proficuamente i propri lavori, è il caso di segnalare due ulteriori problematiche.
La prima è la difficoltà di ottenere la presenza degli assessori in gruppo di lavoro, nonostante l'invito a partecipare di default e la necessità, su alcune questioni, di poter contare su informative specifiche da parte dell'assessore competente.
L'assessore Icardi (4, 9 e 26 febbraio, 8 marzo e 16 e 30 aprile) e l'assessore Gabusi (28 gennaio, 9 e 26 febbraio, 8 marzo e 16 e 30 aprile) sono stati reiteratamente invitati per iscritto (e altre volte con contatti telefonici), dalla segreteria della IV commissione senza mai né offrire disponibilità né addurre giustificazioni per l'impossibilità a partecipare ai lavori del gruppo di lavoro. Un atteggiamento inspiegabile e inqualificabile, specie a fronte della assoluta disponibilità a partecipare dimostrata tanto dal personale dell'assessorato alla sanità, quanto delle aziende sanitarie (e degli assessori Caucino e Marnati).
La seconda è la mancata messa a disposizione del gruppo di lavoro del materiale relativo all'attività dell'unità di crisi, nonostante le reiterate richieste. Il gruppo ha avuto soltanto a disposizione le Delibere della Giunta Regionale degli assessorati coinvolti in unità di crisi. È vero che alcuni consiglieri hanno parte della corrispondenza in entrata e/o in uscita dell'Unità di crisi nella propria disponibilità, frutto di personali accessi agli atti, tuttavia questa non è la totalità della documentazione e comunque non può esser messa a disposizione degli altri consiglieri. Anche le attività di accesso agli atti condotte dai consiglieri, complementi indispensabili per costruire una rappresentazione corretta di quanto avvenuto a fronte della totale assenza dell'assessore alla Sanità, hanno dovuto scontrarsi con ritardi, risposte incomplete, inesatte, fornite in formati non comparabili pur rispondendo alle medesime richieste. Al di là dei solleciti formali, si ritiene opportuna e non rinviabile un'azione forte, da parte della presidenza del consiglio regionale, per riaffermare con chiarezza i poteri ispettivi in capo ai consiglieri regionali presso le strutture regionali, gli enti strumentali e le partecipate regionali.

LA CATENA DI COMANDO

La direzione sanità in disarmo – Il piano pandemico ignorato – la moltiplicazione di incarichi e annunci confusionari sulle responsabilità – le emergenze inseguite e non anticipate – i gruppi di lavoro senza un chiaro mandato ed esiti limitati – la carenza di una regia

1. Un assetto rimaneggiato più volte

La catena di comando dell'emergenza è stata oggetto di più interventi, che hanno via via aggiunto competenze e membri all'unità di crisi e l'hanno affiancata di organismi collaterali, fino al subentro – sugli aspetti sanitari – del Dipartimento interaziendale malattie e emergenze infettive.
Ad oggi **sono stati istituiti diversi organismi per la gestione della pandemia**: l'Unità di Crisi Regionale (U.C.R.), il Comitato Tecnico Scientifico, il gruppo per la gestione della fase 2 guidato dall'ex ministro Ferruccio Fazio, il gruppo di lavoro sulla riorganizzazione ospedaliera presieduto da Giovanni Monchiero, il gruppo regionale di monitoraggio Fase 2 coordinato dall'assessore Carosso, il Dirmei ed il nuovo Settore regionale "Emergenza Covid-19". In più occasioni è possibile osservare difformità fra gli obbiettivi annunciati, quelli indicati formalmente e quelli realmente perseguiti da questi gruppi. **Alcuni di questi hanno anche previsto il coinvolgimento di responsabili politici, ma nessuno di questi il coinvolgimento formale del Presidente Cirio.**

È evidente che di fronte a una crisi epocale come quella del coronavirus, **sarebbe stato importante in termini di efficienza e trasparenza una chiara individuazione e suddivisione di responsabilità, in ogni fase dell'emergenza. In questo modo, diversamente da quanto accaduto, si sarebbero potute anticipare le problematiche che si sono poi dovute rincorrere.** Non aver seguito le prescrizioni del piano pandemico, mai aggiornato prima della pandemia, ha sicuramente aumentato il grado di incertezza, ma il danno maggiore è stato proprio il continuo proliferare di incarichi e organismi. Conseguentemente, non è infrequente trovare disposizioni firmate da quattro, cinque e anche sei responsabili di qualche ambito dentro e fuori l'unità di crisi, così da render di fatto impossibile ricostruire le responsabilità e la titolarità delle scelte, così come disposizioni e comunicazioni firmate da meri consulenti. Inoltre, sia le prime scelte emergenziali, sia le successive scelte di carattere sicuramente più strutturale, destinate a sopravvivere all'emergenza (dal DIRMEI all'azienda zero), hanno portato a un progressivo svuotamento di compiti e responsabilità dell'assessorato alla Sanità, che già arrivava da un processo di indebolimento progressivo negli anni.
Infine, ai numerosi interventi che si sono susseguiti nel tempo, bisogna aggiungere il "rumore" di **una comunicazione spesso e volentieri spettacolarizzata, che ha contribuito a confondere responsabilità e compiti**, sia nella relazione con il livello nazionale, sia tra gli organismi via via messi in piedi.
In definitiva, l'affastellarsi di incarichi e organismi ha reso confuse le responsabilità e le ha allontanate dalla Giunta regionale, proprio mentre più assessori venivano coinvolti nella gestione della crisi senza un chiaro coordinamento (quando non una contrapposizione), e ha offerto in diverse occasioni un diversivo comunicativo utile a distogliere l'attenzione dai problemi dell'attualità.

2. La prima Unità di Crisi

In seguito alle prime notizie provenienti dalla Cina, vengono organizzate cinque riunioni in assessorato con i direttori delle ASL, secondo quanto riferisce il direttore Aimar al gruppo di lavoro.
All'arrivo dell'epidemia in Piemonte **la struttura dell'assessorato conosce difficoltà strutturali e contingenti. Diverse di queste difficoltà sono note da tempo, ma solo durante l'emergenza vengono affrontate.** Nel corso della sua audizione, il direttore ha ricordato come in assessorato restassero all'incirca soltanto 140 dipendenti (contro circa 270 di dieci anni prima) e una struttura dirigenziale falcidiata.
Il settore "Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica", vacante dal 01.08.2019, con la Deliberazione della Giunta Regionale 24 aprile 2020, n. 6-1259, viene affidato alla dott.ssa Laura POGGI.
Il dott. Gianfranco Corgiat Loia, responsabile del Settore Prevenzione e Veterinaria va in pensione a inizio 2020 e il suo posto viene occupato soltanto mesi dopo dal Dott. Bartolomeo Griglio, veterinario dell'ASL TO 5, con la DGR 26 giugno 2020, n. 5-1573.
La dott.ssa Franca Dall'Occo, a gennaio 2020, diventa il nuovo direttore amministrativo dell'Ospedale Maggiore di Novara e lascia quindi il Settore "Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori", che viene affidato, con DGR 3 aprile 2020, n. 10-1192, alla dott.ssa Tiziana ROSSINI, dipendente dell'ASL CN2.
A questo si aggiungano le contingenze dell'emergenza: il dott. Baratta, il ragioniere capo, ha contratto il covid19, mentre il Responsabile del Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti Ruggeri è rimasto bloccato a Milano per il lockdown.
Il 22 febbraio 2020, alla notizia del primo contagiato piemontese, ricoverato all'ospedale Amedeo di Savoia, il Piemonte ha iniziato a strutturare la macchina dell'emergenza istituendo l'Unità di Crisi Regionale (U.C.R.).
Il primo assetto dell'unità di crisi è estremamente ridotto, pur essendo riconosciuta al coordinatore dell'unità di crisi la facoltà di provvedere a successive nomine attingendo in particolare dalla direzione

welfare, dalle direzioni sanitarie e dalle strutture di malattie infettive e rianimazione. In ogni caso, il Decreto del presidente della regione Piemonte n. 22/2020 si limita a indicare esplicitamente solo 6 membri. **Tra questi il solo responsabile politico citato è l'Assessore Icardi** a cui è attribuita la "supervisione relativa alla verifica dell'operatività dell'unità di crisi", **mentre spicca l'assenza del presidente Cirio**.
Il presidente Cirio infatti, pur partecipando a diversi incontri, spesso anche senza la presenza dell'assessore Icardi (ad esempio gli istituzionalizzati "incontri del mercoledì") e presiedendo a diverse questioni, in un crescendo nel corso del 2020, non compare in nessun degli organigrammi via via definiti per la gestione della crisi.
Il coordinatore dell'unità di crisi è Mario Raviolo, direttore della maxiemergenza 118 e referente sanitario della regione presso la protezione civile nazionale. Con lui, diversi altri membri dell'unità di crisi provengono dal servizio 118. Sono poi presenti per il SEREMI/SISP Chiara Pasqualini e per i servizi di anestesia e rianimazione Sergio Livigni.
Dall'amministrazione regionale arrivano invece il segretario generale della Regione Piemonte Paolo Frascisco, con il "ruolo di referente generale delle attività svolte presso l'unità di crisi", e Sandra Beltramo, dirigente del settore protezione civile della Regione.
Il primo assetto è minimale ma flessibile: "l'idea che percepivamo allora era che la gestione del COVID fosse così piccola che, **il primo budget assegnato da questa DPGR all'Unità di crisi, era di 100.000 euro**" riferisce Aimar in audizione.
Le misure operative di protezione civile per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 del 4 marzo 2020 consentono alle regioni di organizzare la propria unità di crisi come meglio ritengono.
In Veneto e in Emilia Romagna l'unità di crisi prevede la partecipazione di Presidente della Regione e assessori alla sanità e alla protezione civile. Anche in Toscana è il Presidente della Giunta a convocare e presiedere l'unità di crisi.
In Lazio l'unità di crisi è coordinata dall'assessore alla sanità, che è l'unico esponente politico che vi partecipa. In Lombardia l'unità di crisi non prevede la partecipazione di esponenti politici.

3. Il piano 2009 per la risposta alle malattie infettive.

Il piano regionale per la risposta alle malattie infettive è, a dire il vero, **datato e non aggiornato**, approvato dalla giunta Bresso sull'onda del rischio della c.d. influenza suina e poi dimenticato.
È possibile osservare che l'assetto individuato per rispondere all'epidemia covid19 diverge significativamente dalla D.G.R. 20 Luglio 2009, n. 10-11769, il "Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive" e i successivi, numerosi, interventi non colmeranno questa differenza.
Viene infatti meno il ruolo di indirizzo e coordinamento dell'assessorato, nonché il suo compito di emanare i documenti ufficiali relativi all'emergenza. Non vi è traccia del coordinamento regionale della prevenzione, né del ruolo del centro controllo malattie dell'Asl di Torino. Allo stesso modo il piano pandemico indicherebbe il Dipartimento Integrato Malattie Infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia Birago di Vische ASL TO2 quale riferimento tecnico specialistico clinico e di diagnosi virologica: il prof. Di Perri, responsabile della struttura Malattie infettive, viene invece coinvolto solo dopo mesi, in uno dei c.d. gruppi di lavoro.
Il piano prevedeva anche diversi step evolutivi della catena di comando, correlandoli alla gravità della situazione. Inutile dire che anche questo aspetto viene totalmente accantonato.
Il piano 2009 avrebbe previsto altresì la costituzione di un gruppo tecnico, che appare non del tutto sovrapponibile né con l'Unità di crisi, né con il comitato tecnico scientifico, ma che avrebbe avuto da subito

dei compiti che, se confrontati con le evoluzioni dell'epidemia coronavirus, avrebbero dimostrato grande tempestività. Tra questi, ad esempio:

- verificare che ciascuna ASL, conformemente alle indicazioni regionali, identifichi le strutture, le responsabilità e i percorsi operativi necessari per la rapida attivazione delle misure utili alla gestione di un caso di malattia a sorveglianza massima;
- realizzare e aggiornare l'elenco delle strutture regionali di ricovero e cura utilizzabili per emergenze infettive;
- raccogliere e aggiornare repertorio e disponibilità dei farmaci e presidi necessari;
- individuare ulteriori laboratori di riferimento;
- individuare una o più farmacie ospedaliere di riferimento.

Solo a settembre, con la deliberazione della Giunta Regionale 23 settembre 2020, n. 1-1979, viene aggiornato il piano pandemico piemontese, a cui segue un secondo rimaneggiamento con la D.G.R. 29 dicembre 2020, n. 21-2701.

A latere, si rileva anche il **mancato coinvolgimento nella catena di comando del CRIMEDIM**, il Centro di Ricerca Interdipartimentale in Medicina di Emergenza e dei Disastri e Informatica, applicata alla didattica e pratica Medica dell'Università del Piemonte Orientale, rispetto al quale l'assessore dichiarava in risposta l'interrogazione n. 239: "L'avevo chiesto e sottolineo che l'Assessore alla sanità funge da supervisore sull'operatività dell'Unità di crisi, **che ha un'autonoma facoltà di decidere e di prendere decisioni in merito all'emergenza COVID**". La responsabilità del mancato coinvolgimento è dunque attribuita all'U.C.R..

4. Una prima ristrutturazione della macchina organizzativa

Per adattare l'U.C.R. già istituita al nuovo quadro definito a livello nazionale e, in particolare, in seguito all'emanazione delle Misure operative della protezione civile, il 6 marzo, un nuovo decreto (D.P.G.R. n. 27/2020), ha ridefinito la struttura dell'Unità di Crisi, istituendo il Comitato Tecnico Scientifico e creando nuove figure.

L'ordinanza del Capo della Protezione Civile 630/2020 del 3 febbraio 2020 riconosce ai presidenti di regione il ruolo di soggetti attuatori della protezione civile per l'emergenza coronavirus e li dota di poteri speciali derogatori. **Il presidente Cirio, colpito dal covid, ha delegato le sue funzioni di soggetto attuatore a due dirigenti regionali. Si tratta di Salvatore Femia**, direttore generale delle opere pubbliche, difesa del suolo e protezione civile, e di **Fabio Aimar** direttore generale della sanità.

Toti in Liguria, Fontana in Lombardia, Zaia in Veneto, Bonaccini in Emilia Romagna, Zingaretti in Lazio e Giani in Toscana hanno tenuto i poteri per sé.

Con il DPGR 27/2020 entra a far parte dell'unità di crisi anche Marco **Gabusi**, assessore con deleghe alla protezione civile e trasporti, che assume **gli stessi identici compiti** già assegnati a Icardi.

Il **Comitato Tecnico Scientifico** è invece presieduto dal dottor Roberto Testi, dell'Asl di Torino, e alla vicepresidenza vede il dott. Franco Ripa. Con la sua formazione vengono inserite nella macchina dell'emergenza figure perlopiù di carattere medico.

L'organo consultivo, con il compito di rilasciare pareri su richiesta del presidente dell'unità di crisi, è composto principalmente da professionisti del settore sanitario. La maggior parte dei membri del Comitato viene infatti dalle aziende ospedaliere universitarie, e in seconda battuta dalle Asl. Fanno parte del nuovo organo anche due dirigenti regionali (delle direzioni welfare e protezione civile), i rettori delle università di Torino e del Piemonte orientale (entrambi professori di medicina) e un dirigente dell'area protezione civile del comune di Torino. Caso particolare – e foriero di qualche contestazione di opportunità – rispetto ad

altre regioni, **tra i membri si trova anche Marcello Tatangelo, pubblico ministero della procura di Torino, la cui presenza sfumerà nel tempo.**
Il coordinamento dell'unità di crisi viene affidato a un comitato operativo "che agisce collegialmente, composto da cinque membri, di cui due rappresentanti della Protezione Civile e tre rappresentanti della Sanità".
L'Unità di Crisi si avvale di un **Ufficio Acquisti Beni e Servizi, le cui attività sono dirette dalla dottoressa Grazia Ceravolo, dirigente del Servizio Farmacia della ASL TO3**, con personale messo a disposizione dalle AASSRR piemontesi e dal CSI Piemonte

5. **Un Commissario per l'U.C.R.**

A metà marzo il quadro epidemico continua a complicarsi e aumentano anche le critiche alla gestione dell'unità di crisi.
Il 16 marzo, con un nuovo decreto (D.P.G.R. n. 32/2020), **Vincenzo Michele Coccolo viene nominato Commissario straordinario** per l'emergenza covid-19, **senza espliciti riferimenti al ruolo di Raviolo.**
Viene stabilito che il Commissario coordina e sovrintende a tutte le funzioni dell'unità di crisi ed è il rappresentante operativo unico della Regione Piemonte nei confronti degli organi nazionali preposti.
Resta tuttavia, in apparente contrasto, sempre valida la normativa nazionale che riserva al referente sanitario regionale (sempre Raviolo, medico di formazione) il raccordo con la centrale remota operazioni soccorso (Cross).
Inoltre, Coccolo è incaricato del commissariamento straordinario del sistema regionale di protezione civile.
Il Commissario Coccolo provvede a nuove nomine all'interno dell'Unità.
Tra le novità, **Antonio Rinaudo, pubblico ministero in pensione, viene coinvolto** col compito di coordinare l'area legale.
Il 24 marzo, il dottor **Flavio Boraso, direttore generale dell'Asl To3, è stato nominato coordinatore sanitario** dell'unità di crisi, coordinando le aree Ospedaliera, comunicazione flussi, coordinamento risorse, territoriale e coordinamento laboratori. Resta esclusa l'area maxiemergenza sistema 118, posta in staff direttamente al commissario straordinario.
Il 1 aprile, Coccolo individua finalmente un'area "coordinamento RSA", dotandola di tre uffici: coordinamento generale e sanitario (dott. Tegani), coordinamento socioassistenziale (dott. Tesio), coordinamento aspetti di protezione civile (dott.ssa Monticone). **Ancora nel corso della quarta commissione 26 marzo 2020 l'assessore Caucino lamentava con forza la sua assenza e del personale di giunta che fa riferimento al suo settore in unità di crisi.**
Data fine marzo, finalizzato all'implementazione del sistema laboratoriale piemontese, anche il coinvolgimento dell'assessore Marnati e del prof. Dianzani, quale responsabile Area coordinamento laboratori dell'unità di crisi: settimane dopo l'invito dell'OMS a fare "test, test, test".
A un mese da questo nuovo assetto, una puntata di Report rinfocola le attenzioni sulla figura di Raviolo, specie rispetto al suo intervento presso una RSA.
Tre giorni dopo, **il 23 aprile, un comunicato della Regione informa che Raviolo non fa più parte dell'unità di crisi** (https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/comunicati-stampa/coronavirus-piemonte-lunita-crisi-affida-allepidemiologo-internazionale-paolo-vineis-supervisione).
Nel corso dell'audizione del 12 ottobre u.s., di fronte al gruppo di lavoro dell'indagine conoscitiva, il dott. Raviolo ammette: "**Non ho mai ricevuto nessuna comunicazione ufficiale della mia destituzione, né il 17 marzo, né dopo. L'ho fatta chiedere dal mio avvocato, per procedimenti che mi riguardavano, al Commissario dell'Unità di crisi**".

Prende il posto del dott. Raviolo, quale coordinatrice dell'area di collegamento col 118, la dott.ssa Elide Azzan, dell'Asl di Novara, già componente del comitato tecnico scientifico. Neanche in questo caso però è chiaro se questa assuma il ruolo di referente sanitario regionale, originariamente ricoperto da Raviolo. Oltre a lei entra nell'unità anche Paolo Vineis, vicepresidente del consiglio superiore di sanità e membro della Task force dati per l'emergenza Covid-19, a cui viene affidata la "**nuova area di supporto alla pianificazione strategica dell'unità di crisi**".
L'allontanamento viene così commentato dall'Ordine dei medici: "Questo Ordine è stato tra i primi a denunciare, anche con toni forti, l'inadeguatezza dell'azione dell'Unità di Crisi piemontese e le responsabilità dei suoi vertici, tra i quali il dottor Mario Raviolo, con una critica in merito alle sue competenze, mai alla sua persona".
Con l'occasione l'organigramma dell'Unità di crisi viene integrato di un Coordinamento regionale dell'Area di psichiatria, rappresentato dal direttore di psichiatria dell'Asl To4, Massimo Rosa, e di un Coordinamento regionale dell'Area di psicologia, affidato al presidente dell'Ordine degli psicologici del Piemonte, Giancarlo Marenco.

6. **Arrivano altri tre nuovi gruppi di lavoro**

Il 21 aprile si insedia il gruppo per valutazioni e formulazione di proposte **finalizzate al miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale, sotto la guida di Ferruccio Fazio** e con la partecipazione quale invitato del presidente della IV commissione Stecco.
Fanno parte del gruppo 5 professionisti del settore sanitario, di cui tre sono rispettivamente i presidenti dell'ordine dei medici, di quello degli infermieri e di quello dei farmacisti di Torino e uno è il professor Giovanni Di Perri, responsabile Malattie infettive all'Amedeo di Savoia di Torino. Di Perri aveva lamentato pubblicamente un atteggiamento difensivo da parte della Regione, specie sull'aspetto dei tamponi.
Quella di Ferruccio Fazio è una presenza politica di peso che mette in discussione, almeno mediaticamente, sia il ruolo dell'unità di crisi che quello dell'assessore Icardi, venendo il gruppo di lavoro presentato come "task force" sulla "fase 2 dell'epidemia" (https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/comunicati-stampa/coronavirus-piemonte-insediata-task-force-per-fase-2-della-sanita).
Sui giornali infatti il gruppo di lavoro viene definito come quello che "dovrà ispirare le future scelte dell'Unità di crisi di corso Marche ma dovrà riferirsi direttamente alla Giunta" e a fronte di questa lettura, Fazio dichiara: "Presenteremo al più presto le nostre proposte". Tant'è che lo stesso Icardi dichiara: "l'obiettivo è anche immediato, per esser pronti ad affrontare l'evolversi di questa pandemia e una nuova eventuale emergenza" (La Repubblica, 20 aprile 2020).
A fine luglio sono diverse le proposte condivise dal gruppo di lavoro, in un documento che **non viene reso pubblico** ma i cui capisaldi sono contenuti nel comunicato stampa dell'Ordine dei Medici (https://portale.fnomceo.it/il-contributo-dellordine-dei-medici-di-torino-al-gruppo-di-lavoro-sullassistenza-territoriale-ecco-la-proposta-di-riorganizzazione-del-sistema/).
Perché il documento non viene reso pubblico (ben strano vista la propensione a una forte esposizione mediatica da parte della Giunta regionale)?
La risposta, verosimilmente, sta nella sua estremamente parziale e certamente tardiva attuazione. Solo una delle proposte, un progetto di legge di sostegno alla medicina di gruppo e di rete, vedrà la luce; e solo il 3 dicembre, a seconda ondata in fase di remissione e ben cinque mesi dopo il previsto termine dei lavori del gruppo. Un prodotto inequivocabilmente al di sotto degli obiettivi fissati dalla DGR istitutiva, che indicava tra i traguardi "*formulare proposte per l'organizzazione del sistema sanitario con particolare attenzione alla*

ricostruzione della medicina territoriale; formulare proposte sul corretto rapporto assistenza ospedaliera e territoriale". La legge verrà approvata il 9 marzo 2021.
Il resto del piano verrà presentato soltanto martedì 13 aprile 2021 in quarta commissione, a terza fase della pandemia in remissione. Un documento ancora decisamente generico, contenente indicazioni di massima che vengono offerte alla discussione della commissione in un costituendo gruppo di lavoro che riunifichi i due gruppi di lavoro, sulla residenzialità e sul piano sociosanitario, mai effettivamente partiti.
C'è quindi notevole distanza fra quanto annunciato all'insediamento, quanto contenuto nella delibera istitutiva e quanto, infine, prodotto.
Pochi giorni dopo, (D.G.R. n. 32-1309 del 30 aprile 2020), **nasce un altro gruppo di lavoro, questa volta finalizzato alla riorganizzazione della rete ospedaliera**, composto di dieci membri provenienti da ASO e ASL. Di questi 2 fanno anche parte del comitato tecnico scientifico e una, Elide Azzan, sia del comitato che dell'unità di crisi. A presiederlo è Giovanni Monchiero, per anni dirigente nelle ASL del Piemonte, già coinvolto quale commissario ad acta per la riapertura di Verduno.
Il compito del gruppo è quello di "*analizzare, in termini di prestazioni rese, la rete dell'assistenza ospedaliera degli ultimi anni; analizzare il contesto attuale dell'assistenza ospedaliera; effettuare comparazioni con l'esperienza di altre Regioni italiane; formulare proposte per l'organizzazione del sistema sanitario con particolare attenzione all'area ospedaliera; valutare il livello di integrazione ospedale-territorio e formulare proposte*". **In realtà il gruppo di lavoro, anche a fronte di questi obiettivi di carattere generale, finirà per concentrarsi solamente sulle misure per affrontare la seconda ondata di covid19, così come richiesto alle Regioni dal Decreto rilancio del 19 maggio**. A metà giugno, in anticipo sui tempi previsti per la fine del gruppo di lavoro, viene presentato il "Piano straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19", che prevede tra l'altro misure quali: "aumento dei posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva; individuazione degli ospedali Covid; 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; incremento del personale in aggiunta all'attuale dotazione organica".
I due gruppi vengono successivamente prorogati fino a fine 2020 e poi ancora fino a fine emergenza, tuttavia del gruppo di lavoro Monchiero non si hanno più riscontri nelle attività di commissione.
Infine, con la deliberazione della Giunta Regionale 5 maggio 2020, n. 1-1314 viene costituito il "Gruppo regionale di monitoraggio Fase 2", presieduto dal vicepresidente Carosso, che opera in raccordo con le prefetture e su articolazioni provinciali, con la partecipazione di Ires. Il gruppo dovrebbe predisporre **"report settimanali"** della propria attività, di cui però la commissione IV non ha traccia.

7. Il DIRMEI

Con deliberazione n. 16-1481 del 5 giugno 2020 La Giunta regionale, al fine di garantire massima efficienza e coordinamento delle Unità operative del SSR coinvolte nella gestione delle malattie infettive e delle relative emergenze, **ha istituito il Dipartimento interaziendale funzionale, a valenza regionale, denominato "Malattie ed Emergenze Infettive"** – D.I.R.M.E.I. Il Dipartimento è costituito dall'aggregazione di una molteplicità di Strutture delle diverse Aziende del SSR. Il direttore ad interim del dipartimento è Carlo Picco, commissario dell'Asl Torino.
La DGR assegna al D.I.R.M.E.I. il coordinamento nell'ambito della gestione dell'emergenza COVID-19, senza soluzione di continuità rispetto a quanto svolto dalle competenti aree funzionali dell'U.C.R.
Il 14 giugno, con la situazione epidemiologica sotto controllo, l'unità di crisi sospende l'attività collegiale, pur mantenendo un turno di reperibilità.

In data 13 luglio 2020, sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica piemontese, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 ha rimodulato l'operatività dell'U.C.R. prevedendo che la gestione delle competenze sanitarie, già in capo alla stessa, siano ricondotte al D.I.R.ME.I. e quelle di protezione civile al Settore Protezione civile della Regione Piemonte.

8. La nuova configurazione dell'Unità di Crisi dell'autunno 2020

Il DPGR n. 93 del 8 settembre 2020, nel ridefinire il funzionamento dell'U.C.R., conferma il Direttore ad interim del D.I.R.M.E.I. quale Coordinatore-Commissario per la gestione delle politiche sanitarie per l'emergenza COVID-19.
Nella nuova configurazione, a coadiuvare il commissario generale Vincenzo Coccolo, a cui continuano a fare capo il coordinamento dell'Unità di Crisi e i rapporti con il Governo di gestione operativa della pandemia, **sono Carlo Picco e Antonio Rinaudo**: al primo è affidata la gestione delle politiche sanitarie in qualità di direttore del Dirmei, all'interno del quale erano già confluite le diverse funzioni sanitarie dell'Unità di crisi, con l'obiettivo di metterne a sistema in modo permanente l'esperienza; al secondo l'area giuridico-amministrativa, che accanto al coordinamento legale si occuperà della scuola, degli stranieri e della popolazione senza fissa dimora, delle carceri e dei comizi elettorali. A Coccolo faranno capo direttamente le due aree funzionali della Protezione civile e della Comunicazione istituzionale.
Con la delibera 0000801/01.00/2020 del 14/10/2020 viene finalmente individuato il direttore del dipartimento nella figura di Emilpaolo Manno.
Intanto il Piemonte supera i mille contagi al giorno e il 15 ottobre Cirio **riapre l'unità di crisi 24 ore su 24**: i numeri dei contagiati aumentano, ma cominciano a crescere significativamente anche gli ospedalizzati e i ricoverati in terapia intensiva

9. Un nuovo settore in Regione

Dal 24 ottobre la Direzione dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte **ha un nuovo Settore dedicato all'emergenza covid-19.** Come dichiarato dall'Assessore Icardi, "in questa fase, è stato necessario potenziare la Direzione sanitaria per concentrare il più possibile l'attenzione sull'emergenza".
La responsabilità del nuovo Settore viene affidata a Gianfranco Zulian, medico legale, direttore sanitario dell'Asl di Vercelli, che tuttavia dal 20 maggio 2021 assume l'incarico di direttore generale dell'azienda ospedaliero universitaria Maggiore della Carità di Novara.
Questa struttura temporanea "ha competenze su tutti i reparti e gli organismi chiamati ad applicare i provvedimenti della programmazione regionale sull'emergenza pandemica, dal Dirmei alle Aziende sanitarie locali ed ha il compito di verifica della puntuale applicazione della programmazione regionale e di sovrintendere le attività sanitarie dell'Unità di Crisi e del Dirmei, accanto a quella delle Aziende sanitarie del territorio. Sarà il cruscotto di comando dell'emergenza, oltre che di monitoraggio e reportistica per la Direzione Sanità, l'Assessorato e la Giunta".
La direzione sanità si dota anche di **un capo del personale a partire dal 16 novembre, Costa, proveniente dal Veneto, che tuttavia dà forfait già il 15 gennaio 2021.**
Nel frattempo fa capolino **un nuovo gruppo di lavoro degli epidemiologi della Regione Piemonte** (Giuseppe Costa, Paolo Vineis, Lorenzo Richiardi, Chiara Pasqualini e Carlo Di Pietrantonj), coordinato dal **"consulente strategico Covid"** ed esperto di innovazione Pietro Presti. La DGR che incarica Presti è la 1-2302 del 20 novembre, mentre il gruppo tarda a essere formalizzato (in questo senso Presti scrive a Cirio per sollecitare già al 14 dicembre).
Con una delibera del 22 ottobre 2020**, Bartolomeo Griglio è stato nominato dalla Giunta regionale del**

Piemonte nuovo vicedirettore della sanità. Griglio, dirigente responsabile del settore "prevenzione e veterinaria" affiancherà il direttore della sanità regionale Fabio Aimar fino al primo gennaio 2022.
Il 30 ottobre arriva **il rientro di Raviolo**: il direttore del Dirmei Manno infatti dispone di affidare all'area 118 e maxiemergenza regionale la gestione e in coordinamento della Sala Operativa dell'Unità di Crisi; successivamente diventerà anche commissario dell'ospedale di Alessandria.
A inizio gennaio, nonostante alcune notizie contrarie sugli organi di stampa, viene rinnovato il contratto di collaborazione a Cibinel, medico in pensione e responsabile dell'area Dea in seno al Dipartimento per le malattie infettive e le emergenze fino al 30 aprile 2021, per 38 ore settimanali e 60€/ora. Il 10 febbraio si dimette il direttore Aimar: notizie di stampa nei giorni precedenti riportavano difformità di vedute tra l'assessore Icardi e il direttore Aimar. La sostituzione avviene due mesi dopo con Mario Minola, direttore dell'AO di Novara
L'11 febbraio il gruppo consiliare della Lega deposita la proposta di legge n. 131 intitolata "Azienda Zero - Sostituzione dell'articolo 23 della legge regionale 6 agosto 2007, n 18 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale)". Tra i compiti della nuova azienda: "e) gestione attività di competenza del Dipartimento interaziendale funzionale, a valenza regionale, denominato Malattie ed Emergenze Infettive – D.I.R.M.E.I. istituito, con DGR n. 16-1481 del 5 giugno 2020, presso l'ASL Città di Torino; f) coordinamento in materia di medicina territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative alla assistenza primaria".

10. Vaccinazioni

Il coordinamento della campagna vaccinale viene dapprima affidato a Rinaudo.
Il 10 febbraio viene coinvolto col compito di coordinare parte della campagna vaccinale **l'ex assessore Ravello**, anche a seguito di notizie di stampa a proposito di contrasti tra l'assessore e il coordinatore della campagna.
Il caso di un decesso in provincia di Biella avvenuto a poche ore dalla somministrazione di un vaccino Astrazeneca porta il Piemonte a sospendere in rapida sequenza nella giornata del 14 marzo 2021 prima la somministrazione di tutti i vaccini del marchio inglese, poi solo quelli legati al lotto del vaccino somministrato a Biella. Un atteggiamento difensivo destinato a suscitare polemiche (condiviso però anche da altri stati europei e il giorno dopo da AIFA e EMA). Per questo il giorno dopo viene istituito il "**Gruppo sanitario di supporto alla somministrazione vaccini**, per assistere le Asl, i medici e i punti vaccinali del territorio e fornire tutte le informazioni necessarie ad affrontare eventuali momenti di criticità". Ne fanno parte la responsabile piemontese di farmacovigilanza Laura Poggi, i responsabili dell'Emergenza Covid-19 e del Settore Prevenzione della Regione Piemonte, Gianfranco Zulian e Bartolomeo Griglio, e il commissario dell'Area giuridico amministrativa dell'Unità di crisi Antonio Rinaudo.
Il 16 aprile è costituito nell'ambito del Comitato tecnico-scientifico dell'Unità di Crisi della Regione Piemonte **un ulteriore "gruppo di lavoro per la valutazione medico-legale dei casi di fragilità non espressamente compresi nell'elenco delle categorie con priorità vaccinale"**. Il fine è quello di valutare caso per caso le situazioni di persone con gravi problemi di salute che però, per la loro particolarità, non siano previsti dalle indicazioni ministeriali

11. Conclusioni

Al termine di questa disamina, che delle evoluzioni dell'unità di crisi affronta peraltro solo i capi principali, è possibile trarre queste prime e parziali conclusioni:

1) **La proliferazione di strumenti organizzativi per la gestione della crisi ha generato una grave mancanza di chiarezza circa le responsabilità delle scelte** e il ruolo di coordinamento che dovrebbero essere in ogni caso in capo alla Giunta Regionale e all'assessorato, che a tratti sopravanzava le strutture e a tratti ne era oscurato.
   Aver ignorato, da subito, il piano pandemico non ha contribuito a una definizione di responsabilità e procedure riconosciute. "Abbiamo attraversato dei momenti di grande confusione, a tutti i livelli; confusione determinata certamente da un evento non prevedibile da nessuno. Ma, come è stato accennato dai colleghi, questi eventi anni fa erano stati previsti ed erano state previste anche delle norme da attuare; cosa che, invece, non è assolutamente avvenuta" ha detto, nel corso dei lavori del gruppo di indagine, Mauro Grosso Ciponte dello SNAMI.
   In questo senso è da rilevare l'estrema debolezza della struttura dell'assessorato, emersa nel corso dell'audizione del direttore, a cui non si è posto rimedio neanche a emergenza inoltrata, preferendo appunto l'istituzione di altri contenitori. Solo a tratti, tuttavia, era possibile cogliere un nesso tra l'attività dei diversi gruppi istituiti e le decisioni che venivano via via assunte. In definitiva è condivisibile l'opinione di Paolo Vineis, che all'insorgenza della seconda ondata, ammoniva: "Il lavoro che andava fatto in estate è stato fatto solo in parte. Da un lato sono stati fatti passi in avanti, come la creazione del dipartimento malattie infettive della regione, dall'altro vedo gli stessi problemi della prima fase, **soprattutto la mancanza di una chiara regia complessiva, per esempio da parte dell'assessore Icardi**" (La Stampa, 19 ottobre 2020). Da questo punto di vista, è impossibile non notare il progressivo coinvolgimento di altri assessori in unità di crisi su un piede di parità (Gabusi, Marnati, Caucino, Carosso con un gruppo ad hoc), senza un chiaro coordinamento, e il progressivo protagonismo del presidente Cirio che, pure non formalizzato, aumenta significativamente di ruolo nel tempo.
   È soprattutto chiara l'intenzione di sfumare le responsabilità più spiccatamente politiche, attribuendole a organismi e incaricati (più volte le scelte vengono attribuite "all'unità di crisi") o affidando disposizioni alla firma di consulenti esterni; o ancora rifiutando incarichi formali, come il caso del presidente Cirio, e sacrificando il confronto con il Consiglio Regionale: anche le decisioni più importanti sono state sempre comunicate prima agli organi di informazione che al Consiglio; il presidente Cirio e l'assessore Icardi hanno concesso occasioni di dibattito in misura estremamente limitata e in spazi sempre piuttosto sacrificati; all'attività ispettiva dei consiglieri è stata data risposta con ritardi tali da renderla inutile. D'altronde, che la preoccupazione fosse alta, lo dimostrano le parole dell'assessore Icardi alla notizia dell'istituzione di un pool di indagine presso la procura di Torino sul Covid: "Se dovessi andare in carcere, lo farò a testa alta. Non sempre, sul territorio, siamo riusciti a dare ai piemontesi risposte adeguate".
2) **Le esigenze di chiarezza e operatività sono state piegate a quelle di una comunicazione a tratti sensazionalistica**, in una lunga sequenza di annunci senza seguito, finendo per amplificare la confusione generale ("Cirio recluta gli esperti finora inascoltati", "L'epidemiologo Vineis alla guida della seconda fase", "un big dell'epidemiologia in soccorso del Piemonte"…).
3) L'obiettivo che la Regione ha assegnato a due distinti gruppi di lavoro (quelli guidati da Fazio e Monchiero) era analizzare e certificare le carenze strutturali che l'emergenza Coronavirus ha messo in luce sul sistema sanitario piemontese e da lì ripartire per costruire una strategia che riorganizzasse l'assistenza ospedaliera, la medicina di territorio e il corretto rapporto tra assistenza ospedaliera e territoriale. Se è l'ambito di interesse a distinguere le due commissioni**, la decisione di individuare due gruppi distinti ha impedito dall'origine di sviluppare una positiva riflessione legata all'integrazione di territorio e ospedale**, che vengono così esaminati come due realtà che non trovano contatto. Tra i due

gruppi cambia anche significativamente l'approccio, il primo legato a interventi di carattere generale (che vedono concretizzarsi solo un – modesto – sostegno alla medicina di gruppo, in deciso ritardo), il secondo legato alla contingenza del coronavirus. Non sappiamo se il gruppo Monchiero abbia prodotto altre proposte. Certo è da registrare che la proposta dell'azienda zero, con i suoi effetti su DIRMEI e territorio, non viene avanzata dal gruppo Fazio ma da un gruppo consiliare.
In definitiva, nessuno dei due gruppi, pur in maniera diversa, si è attenuto strettamente al mandato originale e la comunicazione istituzionale ha aumentato questa confusione, annunciando obbiettivi e compiti esorbitanti rispetto al mandato delle delibere istitutive. Manca ancora, e probabilmente, al di là degli annunci, era difficile fosse diverso stante la drammaticità dell'emergenza, una riflessione compiuta circa le criticità del sistema sanitario piemontese e le riforme che questo richiede, anche attraverso la discussione di un nuovo piano sociosanitario. L'auspicio è che questa riflessione possa svolgersi col pieno coinvolgimento del Consiglio e con una chiara assunzione di responsabilità della titolarità della proposta.

4) L'articolazione dell'Unità di Crisi **ha mostrato in diversi casi di inseguire i problemi che progressivamente si presentavano, dotandosi di responsabili ad hoc, senza mai riuscire ad anticiparli**. Si pensi alla questione RSA, per cui un responsabile non si è individuato fino al 1 aprile 2020 (Monticone, Tesio, Tegani), solo dopo una burrascosa quarta commissione (quella del 26 marzo 2020), in cui l'assessore Caucino lamenta la sua assenza e del personale di giunta che fa riferimento al suo settore in unità di crisi; o al ritardo sui tamponi, prima negato e poi riportato in cima alle priorità solo dopo parecchi giorni dall'invito dell'OMS a tracciare i contagi con maggior efficacia; o alla scuola, che nonostante il complesso tema della ripartenza, è stata individuata chiaramente come responsabilità in seno al DIRMEI soltanto l'8 di settembre; o, infine, alle questioni sanitarie e di farmacovigilanza legate alla somministrazione dei vaccini, per le quali viene istituito un gruppo di supporto solo il 15 marzo, a seguito del tragico decesso di Biella.
5) Non è mancata nel corso dell'emergenza una **cospicua produzione normativa regionale**, che ha accompagnato l'altrettanto imponente produzione di carattere nazionale. La relazione del difensore civico 2020 registra una "continua sovrapposizione delle competenze dei diversi enti territoriali che ha determinato disfunzioni e contenziosi che potevano essere evitati . . . Se vi è un profilo in ordine al quale l'ordinamento deve attrezzarsi meglio, probabilmente, è proprio quello del coordinamento tra enti territoriali. Si tratta di preoccupazione condivisa anche da chi scrive che, approfittando della molteplicità dei destinatari della presente Relazione, chiamati alla decisione politica, ritiene di dover suggerire l'opportunità di nuovamente interrogarsi, proprio muovendo dai dati di esperienza riscontrati nella pandemia, su quali possano essere le modifiche costituzionali del titolo V in grado di fermare gli scricchiolii, sempre più evidenti, della attuale configurazione di sistema disegnata nell'articolo 117 della nostra Carta fondamentale".
Anche il Piemonte non si è sottratto all'"*ambizione politica di affermare la prevalenza, o se si vuole la concorrenza, della fonte regionale rispetto a quella statale con una disinvolta riscrittura della legalità, forte del radicamento sul territorio delle autonomie*" (L.Bignami, cit. nella relazione del Difensore civico 2020): dalle ordinanze sulle misure di contenimento che, specie nella prima ondata, facevano da contrappunto a quelle nazionali, spesso aggiungendo poco o niente o addirittura confondendo, fino allo scontro, vinto dalla Regione, sull'ordinanza di settembre che alla vigilia della riapertura delle scuole imponeva la autocertificazione della febbre sul diario. Un atteggiamento non coerente con quello adottato sulle scelte di natura sanitaria che, come vedremo, **è stato invece di rigida**

aderenza quando non di interpretazione restrittiva, ispirato evidentemente da quella stessa esigenza di autotutela per il decisore che ha ispirato le scelte di carattere organizzativo.

ASSESSORATO

3 APRILE
Settore "Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori". Rossini subentra a Dall'Occo

24 APRILE
Settore "Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica", subentra Poggi

26 MAGGIO
Settore Prevenzione e Veterinaria, Griglio subentra a Corgiat Loia

22 OTTOBRE
Griglio nuovo vicedirettore assessorato

24 OTTOBRE
Nasce il nuovo settore Emergenza Covid, diretto da Zulian

16 NOVEMBRE
Nuovo direttore del personale Costa

15 GENNAIO
Dimissioni di Costa

10 FEBBRAIO
Dimissioni Aimar

6 MARZO
Nuovo direttore Sanità Minola

UNITÀ DI CRISI

ALTRI ORGANISMI

22 FEBBRAIO
Istituzione Unità di Crisi. Commissario Raviolo. Membro Icardi.

6 MARZO
Nuovo assetto UdC. Gabusi entra in unità di Crisi

6 MARZO
Istituito il Comitato tecnico scientifico

16 MARZO
Coccolo nuovo commissario UdC

24 MARZO
Borraso coordinatore sanità

1 APRILE
Istituita area RSA

21 APRILE
Gruppo Fazio, per il miglioramento dell'organizzazione dell'assistenza territoriale

23 APRILE
Fuori Raviolo, sostitutito da Elide Azzan
Paolo Vineis nuovo responsabile "AREA di programmazione epidemiologica a supporto alla Pianificazione strategica"

30 APRILE
Gruppo Monchiero, per la riorganizzazione della rete ospedaliera

5 MAGGIO
Gruppo Carosso di monitoraggio Fase 2

5 GIUGNO
Nasce il DIRMEI, diretto da Picco

8 SETTEMBRE
Nuova Unità di Crisi

14 OTTOBRE
Manno nuovo direttore del DIRMEI

24 OTTOBRE
Nuovo settore regionale Emergenza Covid, diretto da Zulian

30 OTTOBRE
Torna Raviolo in Unità di Crisi

20 NOVEMBRE
Consulente strategico Covid, Presti

DICEMBRE
Gruppo Epidemiologi

1 GENNAIO
Conferma Cibinel

11 GENNAIO
Depositato il progetto di legge Azienda ZERO, che include il DIRMEI

OSPEDALI E TERRITORIO

La mancata individuazione di strutture covid dedicate – ritardi e carenze delle USCA – le conversioni di posti letto – lo spreco dei tardivi OGR e Torino Esposizioni – i covid hotel mai partiti – i ritardi della trattativa coi privati

1. **Una risposta principalmente ospedaliera**

Nel confronto con le altre regioni, emerge come il Piemonte sia una delle regioni che ha ospedalizzato maggiormente.
Al 31 marzo 2020, solo la Lombardia supera il Piemonte con il 47% dei ricoverati sui positivi, segue il Piemonte col 39,27%, l'Emilia col 34,37%, la Toscana col 26,5% e il Veneto col 21,4%. Anche il dato degli ospedalizzati su 100.000 abitanti, per tutta la prima ondata, vede solo la Lombardia avanti al Piemonte.
In parte può ipotizzarsi che sia un dato attribuibile all'alta età media piemontese, in parte al numero basso di tamponi della nostra Regione, che porta continuamente a sottostimare i positivi, specie i paucisintomatici e gli asintomatici
Tuttavia non ci si può nascondere che sussiste una debolezza strutturale dell'organizzazione territoriale, a cui fa da complemento un orientamento deciso verso l'ospedalizzazione della struttura commissariale, che solo a fronte della pressione insostenibile sugli ospedali comincerà a considerare risposte diverse all'epidemia, lasciando nei cassetti sia le raccomandazioni sulla prima epidemia di SARS, sia il piano pandemico del 2009.
Ciononostante ritardi nell'approntare percorsi differenziati, nell'individuare strutture covid dedicate e altre da preservare pulite, nel predisporre nuovi posti letto e nel contrattarne altri coi privati, ospedalieri e alberghieri, si ripetono nella prima e nella seconda ondata.
Tanto nella prima quanto nella seconda ondata si sono verificate anche gravi carenze sul tempestivo isolamento dei focolai, sull'assistenza domiciliare dei soggetti sintomatici, sulla ricerca dei contagiati e dei malati, sul tracciamento delle persone positive, sulla definizione ed applicazione di protocolli di ammissione e dimissione ospedaliera.
Le risposte "in favore di telecamera", come le grandi strutture delle ex OGR e del Valentino, si risolvono in operazioni dall'effetto quasi esclusivamente mediatico.

2. **Prima ondata**

Appena costituita l'unità di crisi, già il 23 febbraio 2020 Raviolo si attivava per l'allestimento di tende per il pre-triage davanti all'ingresso dei principali nosocomi piemontesi, destinati ai pazienti con febbre o sintomi riconducibili al covid19. Vorrebbe essere il primo passo per quella differenziazione dei percorsi che è fondamentale per il contenimento della pandemia all'interno degli ospedali: allestite in fretta e furia si riveleranno uno strumento utile per alcuni presidi, resteranno inutilizzate in altri (ad esempio, Città della Salute di Torino). Una differenziazione che, secondo le denunce delle rappresentanze sindacali degli infermieri nel gruppo di indagine, resterà soltanto sulla carta. Ma che dà bene l'idea del focus, tutto sugli ospedali.
Il 2 marzo, nel corso della quarta commissione, viene illustrato l'obbiettivo "in previsione di un picco dell'epidemia fra circa due settimane, di aumentare i posti di rianimazione e/o di ventilazione polmonare, acquistando altri ventilatori". Icardi "**rende poi nota alla Commissione la richiesta, da parte del Ministero della Sanità, di allestire degli ospedali dedicati espressamente al trattamento dei malati affetti da Covid-**

19. Pertanto, la Giunta sta valutando di scegliere un paio di strutture di modeste dimensioni, poste al di fuori dei centri abitati, nelle quali trasferire tutti i pazienti contagiati".
La nota ministeriale n. 12713 del 5 marzo prevede di aumentare almeno del 50% le terapie intensive e del 100% i posti con supporto ventilatorio e l'8 marzo la struttura commissariale invia alle ASR il riparto dei posti sulle singole aziende e strutture.
A questo scopo dal 1 di marzo al 31 luglio 2020 la struttura commissariale nazionale fornisce al Piemonte 233 ventilatori per terapie intensive e semintensive (https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTE2NWM3ZjktZGFlNi00MzYxLWJlMzEtYThmOWEzYjA1MGNhIiwidCI6ImFmZDBhNzVjLTg2NzEtNGNjZS05MDYxLTJjYTBkOTJlNDIyZiIsImMiOjh9).
Dal 4 marzo vengono sospese le attività classificate P (programmata, da eseguirsi entro 180 giorni) e D (differibile, entro 30 giorni per visite e 60 per accertamenti diagnostici) in ambito pubblico, mentre queste continuano in ambito privato accreditato, come specificato il giorno successivo.
Nel corso della commissione del 18 marzo, l'Assessore Icardi illustra che "**non è stato possibile destinare alcune strutture ospedaliere alla cura esclusiva del Covid 19**, separando le rianimazioni, poiché la rapidità con cui questa infezione si è manifestata ha impedito la pianificazione di soluzioni alternative". Emilia Romagna e Veneto, colpiti prima dall'epidemia, non solo hanno individuato i covid hospital, ma hanno anche gradualmente trasferito i pazienti non Covid-19 dagli ospedali riservati all'epidemia verso gli ospedali di comunità più piccoli.
Separare gli ospedali "era il modo per garantire a tutti i pazienti di essere ricoverati e non mettere sotto pressione tutti gli ospedali, e soprattutto negli ospedali COVID free (o comunque con zone molto circoscritte per la diagnosi) di poter continuare ad offrire le prestazioni a tutti gli altri pazienti" sostengono i sindacati medici nell'audizione del 30 novembre.
La mancata differenziazione tra le strutture porta ad importanti problemi di separazione dei percorsi all'interno degli ospedali. "L'altra criticità che abbiamo potuto osservare nella prima ondata è relativa alla gestione degli ospedali per l'individuazione di percorsi puliti e percorsi contaminati. Questa è stata veramente una situazione molto grave, perché la maggior parte degli ospedali piemontesi, ma anche italiani, non sono strutturati per poter avere percorsi completamente puliti e completamente sporchi. Quindi, i percorsi si intersecavano e le probabilità e le occasioni di contagio diventavano sempre più elevate, tant'è vero che nella fase intermedia, tra la prima e la seconda ondata, avevamo auspicato di individuare ospedali dedicati ai COVID" riferisce il dott. Cavalli nell'audizione del 30 novembre.
Al 18 marzo, grazie alle numerose conversioni, il Piemonte conterebbe su 500 terapie intensive totali.
Persiste una forte criticità legata ai caschi di ventilazione "cpap", dei quali viene data notizia in commissione IV circa il sequestro, da parte della Protezione Civile Nazionale, di una fornitura da 1300 unità, mentre per via della carenza di questi dispositivi non mancano indicazioni contradditorie: come ad esempio la mail del 15 marzo dell'unità di crisi che individua una procedura sommaria per rincondizionare i caschi CPAP (un dispositivo nato per essere monouso e soprattutto monopaziente).
Il 19 marzo chiudono alcuni Pronto soccorsi (Giaveno, Venaria, Lanzo, Nizza, Borgosesia, Bra, Ceva). Si torna indietro solo per Borgosesia, grazie alla messa a disposizione da parte dell'azienda sanitaria di un quantitativo concordato di operatori sanitari.
Il 1 aprile apre, con alcuni mesi di anticipo, la struttura di Verduno, ubicato nell'Asl Cn2 Alba-Bra, destinata a soli pazienti covid, preferibilmente post critici: commissario della struttura è il dottor Monchiero, affiancato per la parte sanitaria da Paolo Tofanini. La struttura però non raggiunge mai le capacità potenziali (350 posti), a causa della carenza di personale, partendo da 20 posti letto disponibili e arrivando nel tempo fino a un massimo di 50. Sono impiegati sette medici d'esperienza, cioè pensionati, due primari e

un gruppo di 15 neolaureati in medicina, a cui si aggiungono 15 medici inviati dalla protezione civile nazionale il 1 aprile, per un periodo inizialmente previsto di sole tre settimane, poi prolungate.
Al 3 aprile, grazie alle riconversioni e alle chiusure, il Piemonte può annunciare di aver raddoppiato i posti di terapia intensiva disponibili sul territorio portandoli da 327 a 614 e triplicato quelli di sub intensiva da 90 a 270, dato ribadito dal dott. Ripa nel gruppo di lavoro del 25 marzo 2021.
Al 28 aprile le ASR sono invitate a elaborare un piano per il ritorno all'attività pre covid e il 5 maggio si fissa il termine dell'11 maggio per il **ripristino delle attività sospese a inizio marzo**.

3. Le cure domiciliari e il territorio

Le prime attenzioni vengono rivolte immediatamente al sistema ospedaliero e si prova a metterlo nelle condizioni per affrontare numeri che si immaginano più bassi di quel che sarebbero stati.
Il Piemonte ha infatti un'organizzazione storicamente incentrata sull'assistenza ospedaliera che nel momento dell'emergenza si accompagna a scelte gestionali sbilanciate in favore delle strutture di ricovero: in questo modo il nostro sistema si prepara ad "aspettare" i malati sulla soglia dell'ospedale, cosicché questi si riempiono più in fretta e in proporzioni più alte rispetto alle altre regioni.
Eppure già le raccomandazioni del documento **"La sindrome acuta respiratoria severa - sars Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo",** pur trattando di un virus differente ma con notevoli somiglianze (il sars – cov, mentre l'attuale è il sars - cov2) **prevedevano modalità di isolamento domiciliare e istruzioni per la visita e il trattamento domiciliare di pazienti infetti e di casi sospetti.**
Allo stesso modo, sia il "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale", approvato per il livello nazionale il 9 febbraio 2006, sia il "Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive" approvato dalla Regione Piemonte con la deliberazione della Giunta regionale 20 luglio 2009, n.10-11769, **vengono largamente disattesi.**
Solo verso fine marzo partono i primi interventi cure domiciliari.
Il 21 marzo viene infatti lanciato, nel Distretto Sanitario Ovada – Acqui **il progetto "Covi a casa"** che si basa sulla presa in carico precoce a livello domiciliare di pazienti con sintomatologia clinica suggestiva per infezione da COVID 19.
Il 18 aprile esce la prima versione del documento "Gestione terapeutica domiciliare del paziente con covid 19", realizzato da Di Perri, Bonora, Venesia, Ghisetti, rivolto ai medici di medicina generale.
Il 21 ottobre, in pieno svolgimento della seconda ondata, esce la versione 2.0 del documento, poi integrato all'interno del "Protocollo per la presa in carico dei pazienti covid a domicilio da parte delle unità speciali di continuità assistenziale, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta" che via via verrà progressivamente aggiornato. Il 31.10.2020 la seconda versione, il 13.11.2020 la versione 3, a marzo 2021 la versione 4, il 26 marzo 2021 esce la versione 5.
Il Decreto legge 14 del 9 marzo 2020 **istituisce le USCA** – unità speciali di continuità assistenziale dedicate alla cura a domicilio, prevedendo l'attivazione di un'USCA ogni 50.000 abitanti. **La loro attivazione è progressiva e parte a rilento. Al 5 maggio sono solo 37 quelle attive, che diventano le 90 previste al 5 giugno secondo la risposta dell'assessore Marrone all'interrogazione n. 251.**
Torino città in particolare pare essere particolarmente sacrificata: secondo i dati forniti a settembre 2020 in commissione IV ad aprile vengono effettuate su tutto il Piemonte 7376 visite (di cui solo 251 a Torino), a maggio 4432 (di cui solo 347 a Torino), a giugno 1360 (di cui 179 a Torino), a luglio 707, ad agosto 887, a settembre 1333.
Nei mesi estivi del 2020 le USCA vengono distaccate per potenziare i servizi di tracciamento, salvo dover tornare poi sul territorio al crescere dei contagi, non senza resistenze da parte degli operatori e disagi per i

servizi. Anche la campagna vaccinale, in cui verrà impegnato in larga parte il personale USCA, distrarrà risorse importanti dall'assistenza domiciliare.
Solo il 3 novembre 2020 la D.G.R., n. 1-2188, a seconda ondata ormai inoltrata, definisce i piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte. L'estate e la tregua estiva sono passati invano. Le Usca si doteranno di ambulatori sul territorio, a cui si accede sempre e comunque su indicazione del medico di base, a partire da marzo 2021.

Nel periodo da novembre 2020 a marzo 2021 i dati diffusi dalle aziende relativi alle nuove prese in carico continuano a registrare forti disparità territoriali.

ASL	Novembre	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	TOT
To1	2426	1391	690	889	2682	8078
To3	1664	623	429	545	1752	5013
To4	901	489	300	269	1035	2994
To5	778	549	310	299	861	2797
Alessandria	2882	1330	720	633	1382	6947
Asti	376	216	212	137	344	1285
Biella	455	171	82	82	183	973
Cuneo 1	2339	1045	583	550	1814	6331
Cuneo 2	863	395	285	201	883	2627
Novara	1497	628	320	303	968	3716
Vercelli	724	245	162	127	317	1575
VCO	411	158	110	127	300	1106
TOT	15316	7240	4203	4162	12521	43442

Parametrando le prese incarico di questi cinque mesi a 10.000 abitanti, si va dalle 12 prese in carico delle province di Asti e Biella alle 19 di Torino fino alle oltre 30 delle province di Alessandria e Cuneo. Va anche detto che, come in altri ambiti, non sempre i modelli e i dati sono perfettamente paragonabili. In questo caso, ad esempio, l'Asl città di Torino svolge parte di questo lavoro attraverso la centrale di supporto telefonico "Covid+".
Con diversi accessi atti si è ricostruita parzialmente l'attività complessiva delle USCA, registrandosi disparità di impiego e di rendicontazione delle attività svolte.

	TO1	TO3	TO4	TO5	NO	VCO	AT	CN1	AL	CN2	VC	BI	TOT
APRILE	1052	1414	773		844	90	395	577					5145
MAGGIO	1388	572	728	298	205	66	355	363					3975
GIUGNO	788	122	166	173	132	11	100	196					1688
LUGLIO	272	70	180	104	52	6	14	232					930
AGOSTO	364	64	126	271	71	4	8	301					1209
SETTEMBRE	644	97	48	693	171	3	47	316					2019
OTTOBRE	2418	556	227	1427	615	84	103	1788					7218
NOVEMBRE	5391	1434	1714	2689	1360	74	491	2965					16118
DICEMBRE	4389	865	1519	2554		105	451	1323					11206

GENNAIO	6088	526	5481	1375		109	153	868	914				15514
FEBBRAIO	5460	700	768	1360		88	211	741	775				10103
MARZO	7170	1305	655	3266		190	281	1957	1344				16168
APRILE	6065	1255	1477	2761		89	222		1039				12908
TOT	41489	8980	13862	16971	3450	919	2831	11627	4072	0	0	0	104201

Una terza linea di intervento domiciliare, accanto a USCA e intervento diretto dei medici di medicina generale, sono le pratiche ADI (assistenza domiciliare integrata) dedicate al covid, a partire dal primo accordo AIR Covid di maggio 2020. Ma la progressiva distrazione di infermieri e OSS dal servizio per i compiti che si rendono via via più emergenziali allungherà via via i tempi (e le resistenze dei pochi operatori rimasti) di presa in carico, rendendo il servizio di fatto non rispondente alle esigenze di tempestività della malattia. E quindi lo strumento verrà poco utilizzato dai medici di base.
In questa tabella è possibile ricostruire le prestazioni ADI del 2019 e del 2020, notando un leggero calo non uniforme sul territorio, tra 2019 e 2020, compensato e superato dalle prestazioni ADI COVID, che però restano un numero basso rispetto al totale.

	VCO	**TO5**	**TO3**	**CN1**	**NO**	**AL**	**AT**	**BI**	**VC**	**TO1**	**TO4**	**CN2**	**TOT**
ADI 2019	421	1142	3570	847	2704	8924	448	439	467	2280	2754	1230	25226
ADI 2020	391	1037	3128	989	2902	6755	557	806	812	2346	3088	1767	24578
ADI COVID	258	762	565	993	779	0	682	365	194	576	0	505	5679

Nonostante le successive implementazioni di questi strumenti, i tassi di ospedalizzazione piemontesi e la saturazione dei suoi posti letto ordinari e in terapia intensiva, restano tra i più alti in Italia.
Il 9 aprile 2021 viene adottata la DGR 23 – 3080, allo scopo di agevolare le dimissioni di pazienti non autosufficienti verso RSA non covid o verso il domicilio, presi temporaneamente in carico presso il loro domicilio da personale di RSA autorizzate. Il proposito è quello di alleggerire la pressione sugli ospedali ma non essendo stato concertato, il settore non è pronto a farsi carico di questi percorsi secondo i rappresentanti di ANASTE e CONFAPI Sanità e **il provvedimento resta solo sulla carta.**

4. La struttura straordinaria delle ex OGR

La pressione a cui sono sottoposti i nosocomi piemontesi e il vicino esempio dell'ospedale d'emergenza allestito alla Fiera di Milano, fa sì che a fine marzo si faccia largo l'idea di allestire un'analoga struttura anche in Piemonte.
Acquisita la disponibilità della Fondazione CRT, la scelta cade sulle Officine Grandi Riparazioni di corso Castelfidardo a Torino e il 30 marzo il commissario Arcuri ne autorizza la realizzazione.
il 31 marzo l'unità di crisi scrive ai tecnici di Mauriziano e Città della Salute, Armano e Gallo, per una prima valutazione del progetto.
Il 5 aprile il Comitato tecnico scientifico esprime parere favorevole alle finalità del progetto, pur ribadendo la necessità di posti letto a bassa intensità e per la gestione in post acuzie. Ugualmente i responsabili regionali, Aimar, Coccolo, Ripa confermano la necessità di ampliare prudenzialmente i posti di ricovero disponibili, anche alla luce del ripristino delle attività ambulatoriali e in elezione. La nota del 5 aprile n.

17305 prevede un limite di spesa costituito da 3,693 mln di euro a carico della Protezione Civile, 3 mln di euro a carico della Compagnia di San Paolo, e fino a 5 mln di euro a carico di Banca d'Italia, per la realizzazione di 4 posti d'emergenza, 32 posti di semintensiva e 56 posti di degenza ordinaria.
Il personale necessario è individuato in 18 medici, 60 infermieri, 6 rianimatori, 12 staff maxiemergenza, 4 amministrativi, 2 tecnici e adeguato personale OSS, ed è posto in carico all'ASL TO1, mentre la ASL TO3 si farà carico dei DPI.
I lavori, realizzati da Modo srl, Co-med, Iset Teelcom srl e Genio dell'aeronautica militare si concludono il 16 aprile, due giorni prima del previsto e i primi pazienti entrano il 19 aprile, con una spesa complessiva di allestimento di 2,344 mln (contro i 3 mln previsti).
Contestualmente all'apertura delle OGR i numeri delle ospedalizzazioni cominciano a decrescere: dai 3704 ricoverati del 15 aprile, si passa a 2820 a fine mese e 1701 a metà maggio.
Mercoledì 15 luglio viene dimesso l'ultimo paziente delle OGR: sono transitati da metà aprile 175 pazienti.
La relativa tranquillità della situazione epidemiologica porta ad aprirsi un dibattito circa la necessità di chiudere il presidio già a partire da giugno. **Le indicazioni precedenti erano in senso assolutamente differente:**

1. Il 19 maggio, in quarta commissione, l'assessore Icardi riferisce che probabilmente le OGR saranno operative oltre la scadenza del 31 luglio mantenendole in funzione per la stagione autunnale.
2. L'11 giugno il dott. MONCHIERO, in quarta commissione per illustrare il piano di riorganizzazione straordinaria della rete ospedaliera ai sensi dell'articolo 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, in merito all'individuazione degli Ospedali Covid riferisce che per l'area di Torino è stato confermato il presidio delle OGR fino al 31 dicembre e che sarà istituto un nuovo reparto per malattie infettive presso l'ospedale "Amedeo di Savoia"; altri due presidi covid saranno collocati presso l'ospedale "San Lorenzo" di Carmagnola e per l'Area "Piemonte Sud-Ovest" presso l'ospedale Civile di Saluzzo.
3. Il 7 luglio, rispondendo all'interrogazione n. 325, l'assessore Icardi si mostrava propenso al mantenimento della struttura: "In questo momento - è la mia opinione come Assessore alla sanità – vorrei prudenzialmente mantenerlo, perché temo un'ondata autunnale. Mi auguro, però, che non succeda."

La Giunta Regionale cambia radicalmente idea e si procede allo smantellamento della struttura, costata più di 13.000 euro a paziente per il solo allestimento. Il 6 agosto viene siglato l'aggiornamento dell'accordo per il trasferimento dell'ospedale temporaneo dalle Ogr all'Oftalmico. L'accordo è stato siglato anche da Fondazione Crt e Compagnia di San Paolo, società Ogr e Asl Città di Torino. Nella manica Sperino dell'ospedale i primi 40 posti saranno pronti a settembre; altri venti a ottobre e i restanti 15 entro metà novembre.
L'assessore Icardi riferiva così al 15 dicembre 2020 rispondendo all'interrogazione 538: "l'Oftalmico ha ospitato, dopo gli adeguati lavori di ristrutturazione e di adattamento, tutti i posti che erano previsti alle OGR, che non era casa nostra, **ma dove eravamo in affitto**".
Un progetto utile? Difficile offrire un giudizio definitivo, se non alla luce di quel che è stato, alla luce di quel che poteva essere. Anche rispetto alle suggestioni sulle localizzazioni alternative, le esigenze dell'emergenza, dell'impredittibilità dell'andamento dell'epidemia, della concentrazione di letti e quindi di risorse mediche, potevano far premio su altre considerazioni nel momento della scelta. **La stessa indulgenza non è possibile adottarla però per la scelta della chiusura e i ritardi nella ricollocazione dei posti,** atteso che una seconda ondata era ampiamente prevista, anche dall'assessorato e dagli esperti coinvolti in unità di crisi. **Chi e perché ha deciso di chiudere resta un punto non chiarito.**

5. **Il c.d. piano Arcuri**

Il decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 istituisce il commissario straordinario per l'emergenza, che secondo l'art. 122 "raccordandosi con le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie e fermo restando quanto previsto dagli articoli 3 e 4 del presente decreto, provvede, inoltre al potenziamento della capienza delle strutture ospedaliere, anche mediante l'allocazione delle dotazioni infrastrutturali, con particolare riferimento ai reparti di terapia intensiva e sub-intensiva".

Il decreto del presidente del consiglio del 18 marzo 2020 individua poi la persona di Domenico Arcuri.

Il c.d. decreto rilancio, n. 34 del 19 maggio, stanzia 1,4 miliardi di euro per interventi di carattere sanitario e fissa un mese di tempo per le regioni per la presentazione di un piano che preveda, in vista di una seconda ondata epidemica, il raddoppio delle terapie intensive. Al Piemonte toccano 111.222.717 euro, quinta regione in Italia. 51,7 milioni sono previsti per gli interventi in terapia intensiva, 33 milioni per la semi-intensiva, 24,7 per l'emergenza-urgenza, 900.000 euro per l'acquisto dei mezzi per l'emergenza territoriale. il decreto rilancio stabilisce che queste risorse - una volta approvati i piani dal ministero della salute - siano trasferite alla contabilità speciale intestata al commissario straordinario.

Il 30 maggio la circolare n. 11254 del 29 maggio, firmata dal direttore generale della Programmazione sanitaria Andrea Urbani e da quello delle Risorse umane Rossana Ugenti, indica al Piemonte l'obbiettivo di portare i posti letto in t.i. da 327, esistenti pre Covid, a 626 (+299) e di attrezzare 305 posti letto da riconvertire in semintensiva al bisogno.

La circolare indica anche che "la rete di offerta attivata nella prima fase emergenziale COVID-19, va ridefinita e integrata organicamente con la rete di assistenza ospedaliera regionale hub & spoke, per cui dovranno essere attrezzati i posti letto negli ospedali forniti delle necessarie professionalità, dotazioni strutturali, tecnologiche e di servizi allo scopo di poter affrontare situazioni di accrescimento improvviso della curva epidemica dei casi di COVID-19, anche al fine di ottimizzare l'utilizzo di strutture idonee a riassorbire l'attività ordinaria, prevedendo meccanismi di riconversione tra le due diverse tipologie di attività e garantendo la rigorosa separazione dei percorsi […] Tale potenziamento dovrà essere programmato nell'ambito delle strutture pubbliche della rete ospedaliera regionale sede di Dea di primo e secondo livello".

L'approccio piemontese in parte diverge, individuando nuovi posti letto di terapia intensiva anche in strutture minori ma con disponibilità di spazi inutilizzati e che per questo si prestano a divenire strutture covid in caso di emergenza.

Per questo rispetto al piano regionale (DGR 12 giugno 2020, n. 7-1492) arrivano richieste di chiarimento dal ministero, con riguardo alle strutture di Saluzzo, Carmagnola e Borgosesia, nonché perplessità vengono sollevate dai sindacati medici, specie sul personale: "Dove lo troviamo? Aprendo le nuove rianimazioni, a Borgosesia saranno necessari circa 8 medici, a Carmagnola 7 e a Saluzzo altri 7. Ma già attualmente molti ospedali si appoggiano ai medici delle cooperative (accade nelle Asl To4, To3, Novara, Cune2 e Aso di Alessandria e in altri casi sono stati richiamati in servizio medici pensionati)" (ANAAO, 31 luglio 2020). Ciononostante la Regione fornisce tempestivamente chiarimenti ritenuti sufficienti e già il 13 luglio il Piano piemontese è approvato e trasmesso, con gli altri, alla Corte dei Conti.

Al 23 settembre si conclude il confronto in Conferenza Stato Regioni sugli schemi di attuazione e viene fissato il termine del 30 settembre per richiedere, come regione, la delega di soggetto attuatore. **Il Piemonte non avanza questa richiesta.**

Il 9 ottobre, le regioni che hanno accettato la delega per l'attuazione delle opere previste dal piano regionale, vengono nominate soggetti attuatori: Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta, e delle province autonome di Bolzano e Trento. Contestualmente, negli altri casi, come in

quello piemontese, vengono nominate le Aziende sanitarie regionali come soggetti attuatori per le opere di adeguamento e la ristrutturazione degli ospedali.
La procedura di massima urgenza in 21 lotti per lavori e servizi è stata avviata il primo ottobre, le offerte si sono concluse il 12 ottobre: hanno partecipato oltre 500 imprese. Entro fine ottobre saranno aggiudicati gli accordi quadro. Eppure alla terza ondata la maggior parte di questi posti non sarà ancora operativa, secondo quanto riferito in gruppo di lavoro il 25 marzo 2021. Al 29 aprile i dati del Ministero della Sanità ne danno per attivati solo 20 su 299: solo cinque regioni hanno fatto peggio.
Nel complesso si rileva un ritardo inaccettabile tra le proposte delle Regioni e il conferimento della delega da parte del commissario nazionale. Quest'ultimo attribuisce il ritardo alle proposte inappropriate delle Regioni, prive di sufficienti dettagli tecnici per poter proseguire l'iter con la proclamazione delle gare d'appalto e spesso diluite su tempi troppo lunghi per fare fronte all'emergenza.
Non guasterebbe tuttavia, anche per una più precisa attribuzione di responsabilità, conoscere limiti e giudizi sulle singole regioni e non sul loro insieme: per responsabilità che non possono che essere di alcuni, uno stop di un mese ferma tutte le regioni.
Altrettanto grave il ritardo delle Aziende, che si protrae per mesi, solo in parte scusabile con la recrudescenza dell'epidemia.
Resta altrettanto non chiarito il motivo per cui Regione Piemonte non abbia ritenuto di essere individuata quale soggetto attuatore.
Infine è un fatto che il decreto rilancio che finanziava i posti c.d. Arcuri, a maggio 2020, all'art. 2 comma 14 recitava: "*Qualora la regione abbia già provveduto in tutto o in parte alla realizzazione delle opere anteriormente al presente decreto-legge il Commissario è autorizzato a finanziarle a valere sulle risorse di cui al presente articolo e nei limiti delle stesse*". Si poteva dunque partire già a maggio 2020.

6. Seconda ondata

Con il diffondersi dell'epidemia, torna a crescere la pressione sugli ospedali, che **nel mese di ottobre 2020 si saturano in fretta.** Al 14 di ottobre, secondo i dati ALTEMS – La Cattolica, il Piemonte ha già saturato l'83% dei posti letto aggiuntivi realizzati per l'emergenza.
E questo nonostante la D.G.R. 23 settembre 2020, n. 1-1979, che approva il nuovo piano pandemico sostituendo quello del 2009, prevedrebbe la possibilità in fase di emergenza un'attivazione fino al 40-50% dei posti letto nei pressi di ospedali c.d. spoke e 35-45% dei posti letto nei presidi ospedalieri individuati come hub della rete ospedaliera, secondo la tabella riportata a pagina 61 dell'allegato alla DGR.
Dal primo di agosto al 31 dicembre 2020 la struttura commissariale ha fornito al Piemonte ulteriori 360 ventilatori, in tre diverse spedizioni, tutte nel mese di novembre.
Per disposizione del DIRMEI, si devono predisporre nuovi posti in terapia intensiva, a partire dal 28 ottobre mattina, ricavandoli a danno di altri spazi ospedalieri.
Nel dettaglio il piano indicato dal Dirmei inviato alle Asl e Aso piemontesi, si prevedono i seguenti posti aggiuntivi di terapia intensiva. Asl Cuneo1: Savigliano (1), Saluzzo (10), Mondovì (8). Asl Cuneo2: Verduno (8). Aso Cuneo (9). Aso Alessandria (10). Asl Alessandria: Casale (6), Novi Ligure (1), Tortona (5), Acqui Terme (1). Asl Asti (6). Asl Novara: Borgomanero (10). Aou Novara (9). Asl Vercelli: Ospedale Vercelli (10). Vco: Verbania (8). Asl Biella (8). Per quanto riguarda Torino, Asl Città di Torino: Martini (9), Maria Vittoria (4), San Giovanni Bosco (8). Aso Città della Salute: Molinette (10), Cto (8), Oirm (4). Mauriziano (8). San Luigi (9). Asl To3: Rivoli (8), Pinerolo (4). Asl To5: Chieri (6). Asl To4: Chivasso (6), Ciriè (4), Ivrea (5). Si tratta di nuovo di conversione di posti letto, per crearne ulteriori che vadano ad aggiungersi ai 327 strutturali.

Al tempo stesso, dal 28/10/2020, chiudono i PS di Cuorgnè, Venaria, Lanzo, Giaveno, Carmagnola, Ceva, Nizza e **si sospendono tutte le attività ambulatoriali e di ricovero non urgenti**. Un piccolo giallo (di nuovo) su Borgosesia, annunciato nel comunicato stampa, ma scomparso dalla lettera del Dirmei.
Diversamente dalla prima ondata, il 31/10 diversi presidi ospedalieri vengono convertiti in Covid Hospital. In provincia di Torino il San Luigi al 50%, il Martini e gli ospedali di Venaria, Giaveno, Cuorgnè, Lanzo, Carmagnola e parte del CTO. Nel Piemonte 2 tocca a Saluzzo, Ceva, clinica Salus, Tortona, Nizza, Galliate e il presidio coq di Verbania. Questo provvedimento però non basta a salvaguardare gli altri ospedali, per cui si ripropone il tema delle differenziazioni dei percorsi e del personale, che "nonostante quello che è successo nella prima ondata, ancora oggi, è costretto a lavorare, non dico un turno per un altro, ma due giorni in un reparto "pulito" e poi tornare in un reparto "sporco" (audizione 26 novembre).
I provvedimenti non tengono il passo con la diffusione dell'epidemia e il 5 novembre vengono pubblicate dai giornali le foto delle barelle a terra nell'ospedale di Rivoli, che fanno il giro d'Italia (e alle quali l'azienda risponde con una indagine interna per scoprirne il divulgatore). Il giorno dopo escono le foto dell'allestimento, nella notte, di brandine nella cappella e nella sala convegni del San Luigi, 79 posti in totale, ma senza personale e senza ossigeno (potranno però metter delle bombole a fianco di ogni letto). La previsione è che nel giro di dieci giorni possano entrare in funzione, ammesso che si trovi il personale necessario, visto che nel frattempo 80 dipendenti nel nosocomio sono diventati positivi. Al Mauriziano sono aperti posti letto nelle palestre della riabilitazione. Da Verduno il direttore dell'ASL Veglio dichiara: "Se a Verduno continuano ad arrivare malati da ricoverare, saremo costretti a parcheggiarli sui marciapiedi". A Tortona gli arrivi della famosa notte delle ambulanze partite da Torino hanno scatenato la protesta. Federico Chiodi, primo cittadino della città, ha chiesto che una parte di posti letto venga riservata ai suoi concittadini, poi ha stilato una lista di compensazioni sulla struttura: la riapertura dei reparti di cardiologia e rianimazione, l'attivazione di un day hospital pediatrico. «Il nostro sacrificio non può essere a costo zero» ha dichiarato. A Casale, dove sono stati creati 108 nuovi posti letto per il Covid, L'Asl ha dovuto smentire che fossero in arrivo pazienti da Torino per la dura reazione del sindaco Federico Riboldi.
A Torino la chiusura di un DEA da 80.000 passaggi/anno come il Martini mette sotto pressione gli altri DEA, per cui ci sono segnalazioni di lunghe attese nei P.s..
Mercoledì 4 novembre il Dirmei (secondo Stampa: Zulian, Stecco, Fazio, Di Perri, Picco, Vineis. Un formato ancora diverso da quelli previsti) **prova a stringere i criteri per i ricoveri da Covid, anche alla luce della necessità di trasferire torinesi fuori città, in alcuni casi che hanno avuto forte risalto mediatico.** È di questi giorni ad esempio l'iconica foto delle ambulanze in coda per uscire dalla città e trasferire pazienti da Torino a Tortona.
Il Dirmei vieta anche l'attività intramoenia a partire dal 7 novembre.
Domenica 15 novembre, dopo una riunione on line dove si prende atto della solo parziale attuazione delle disposizioni implementative precedenti, viene inviata alle aziende sanitarie una nota che dice: "La situazione pandemica del momento richiede che si provveda ad attivare entro tre ore dal ricevimento della presente lettera due posti letto di terapia intensiva e attivare un ulteriore letto di terapia intensiva nelle successive 24 ore", firmata dal direttore del dipartimento Emilpaolo Manno, dalla responsabile dell'area sanitaria Elide Azzan, da quello dell'area degenze Sergio Livigni e dal commissario per l'area giuridico - amministrativa Antonio Rinaudo.
Inoltre viene contestualmente adottato un protocollo sulle cardiologie, per chiudere progressivamente le emodinamiche e convertire le utic unità di terapia intensiva coronarica in letti di terapia intensiva dedicati al coronavirus. Il protocollo prevede diversi livelli di gravità, per cui al livello due si prevede la chiusura del

S. Luigi in favore di Rivoli, e al livello 3 la chiusura di Moncalieri e la concentrazione su Molinette. **Il nuovo piano pandemico approvato a settembre fatica a trovare attuazione da parte delle aziende.**
Vista l'emergenza, Scr ha anche predisposto una gara con fondi regionali, conclusasi a inizio dicembre, per 160 posti di rianimazione ulteriori rispetto a quelli del c.d. Piano Arcuri. Circa 21 milioni di euro e un iter rapidissimo per distribuire nei vari ospedali 20 moduli da 8 posti letto ciascuno, questo il piano predisposto dal coordinatore dell'area ospedaliera in seno al Dirmei, Sergio Livigni. Secondo Manno, questi posti saranno suddivisi in moduli da 8.
I 774 posti letto, risultanti dai 327 di partenza più questi 160 più altri 299 del piano Arcuri dovranno essere così suddivisi per provincia:

- Torino città (262): AOU Città della Salute e della Scienza (132), Asl Città di Torino (98), 32 AO Mauriziano (32)
- Torino area metropolitana (133): AOU San Luigi (24), Asl To3 (33), Asl To4 (48), Asl To5 (28);
- Cuneo (115): Asl Cn1 (41), Asl Cn2 (26), AO Santa Croce e Carle di Cuneo (48);
- Alessandria (84) : Asl Al (48), AO Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo (36);
- Novara (72): AOU Maggiore della Carità di Novara (48), Asl Novara (24);
- Vercelli (32): Asl Vc (32);
- VCO (28): Asl Vco (28);
- Asti (24): Asl Asti (24);
- Biella (24): Asl Biella (24).

Sui posti letto nella seconda ondata, al primo di dicembre, ANAOO Piemonte confronta i tassi di occupazione con le occupazioni nei momenti più duri dell'epidemia influenzale del 2018: "Nel 2018 il tasso di occupazione dei posti letto per i casi acuti era del 77,8% che saliva per reparti come Medicina Interna, Medicina d'Urgenza e Geriatria tra il 90 e 110%. Quando un paziente in Pronto Soccorso doveva essere ricoverato, attendeva in barella che si liberasse un posto in reparto. Ma se i letti della Medicina erano già tutti pieni, come abbiamo fatto a trovare spazio per i malati Covid? Con la seconda ondata Covid, la Regione ha incrementato del 104,9% i posti internistici rispetto al 2018 e questi sono saturati al 93% con malati Covid. È stata totalmente sfondata la soglia di sicurezza del 40% di pazienti colpiti dal virus rispetto al totale dei posti disponibili indicata dal ministero della Salute". Nonostante l'aumento dei posti letto realizzato in emergenza, ottenuto convertendo sale operatorie e allestendo soluzioni di emergenza, il sistema è giunto nuovamente vicino alla saturazione. E le ragioni sono da ricercarsi sia nella debolezza dell'approccio territoriale all'epidemia, legato tanto alla fragilità del sistema quanto alle scelte dell'unità di crisi, sia nell'indebolimento della capacità ospedaliera. Rileva infatti ANAOO: "Dal 2010 al 2018 negli ospedali Piemontesi sono stati tagliati ben 1560 posti letto, pari a una riduzione del 11,8%".
Solo il 27 gennaio il DIRMEI comunica alle aziende di **riprendere le attività di visite, interventi e esami interrotte a causa della pandemia**. Una ripresa effimera, che durerà poco più di un mese.

7. La terza ondata

Anche la nuova ondata di marzo 2021, figlia della variante, mette pesantemente sotto pressione il sistema ospedaliero piemontese, che è nuovamente tra quelli più impegnati in Italia rispetto alla popolazione e con uno dei più alti tassi di saturazione rispetto ai posti disponibili.
Nel corso del gruppo di indagine del 25 marzo 2021, il dott. Manno interveniva sui ritardi dell'infrastrutturazione di nuovi posti letto: "I letti del Piano Arcuri, salvo pochissime eccezioni, sono rimasti a livello progettuale, nel senso che sono stati progettati, sono stati definiti da noi, ma per una serie inenarrabile di ritardi (non della Regione Piemonte, sia ben chiaro!) i finanziamenti credo che si siano resi

disponibili solo a gennaio/febbraio di quest'anno. Quindi la possibilità concreta di mettere mano a questo progetto in pratica è di pochissimo tempo fa. Relativamente al Piano Arcuri sono stati invece inviati direttamente dalla struttura commissariale dei ventilatori, il cui valore, peraltro, è stato scorporato dal finanziamento". Rispetto agli acquisti regionali specificava invece: "Tutto questo materiale è stato consegnato alle Aziende e abbiamo chiesto a queste ultime, circa un mese fa, il dettaglio delle installazioni".
Sia quello che sia, è un fatto che anche nel corso di marzo 2021 numerosi trasferimenti di pazienti tra diverse province si rendano necessari per mantenere la situazione degli ospedali sotto controllo e si verifichino nuovi casi, segnalati dai media, di pronto soccorsi che non riescono a smaltire gli accessi**. Gli ospedali individuati come "Covid hospital" nel corso della seconda ondata, tali sono rimasti senza soluzione di continuità anche durante la terza ondata.**
Anche nel corso della terza ondata, ai primi di marzo, vengono sospesi temporaneamente i ricoveri No Covid, escluse le urgenze, le ospedalizzazioni oncologiche e quelle in cosiddetta fascia "A", cioè da effettuare entro 30 giorni. Ugualmente vengono differite anche tutte le attività ambulatoriali, a eccezione di quelle contrassegnate con codice "U", ovvero quelle urgenti, da garantire entro 72 ore e "B", da assicurare entro i 10 giorni. Solo il 15 aprile 2021 il DIRMEI scrive alle aziende "appena possibile, localmente, di ripristinare le attività ordinarie al momento sospese o ridotte" e una seconda comunicazione del 29 aprile ritorna a sollecitare il ripristino delle attività ordinarie.

SOSPENSIONI ATTIVITA' NON URGENTI

- 4 marzo 2020 – 11 maggio 2020
- 28 ottobre 2020 – 27 gennaio 2021
- 6 marzo 2021 – 30 aprile 2021

8. La struttura straordinaria di Torino Esposizioni

Il 2 novembre, a fronte dell'emergenza incalzante, viene annunciata entro 10 giorni la realizzazione di una nuova struttura straordinaria, sul modello di quella già realizzata alle ex OGR.
La realizzazione, dopo l'avvallo di Arcuri, è approvata dalla DGR 1 – 2297 del 16 novembre 2007.
Visto il dibattito che si è sviluppato a Torino, anche a seguito della chiusura delle OGR, è interessante notare che **solo il 12 novembre** la Direzione Opere Pubbliche della Regione viene interessata a valutare soluzioni relative ad una struttura sanitaria di emergenza, **quando i tempi paiono essere molto stretti (e si riveleranno invece ormai in deciso ritardo rispetto all'andamento della pandemia).** In questa data Maria Adelaide e ex Borsa Valori di via Nino Bixio vengono scartati perché i tempi di realizzazione non sarebbero "compatibili con l'emergenza pandemica in atto". Eppure, considerando il tempo intercorso dalla chiusura delle ex OGR, c'era l'occasione di arrivare preparati all'appuntamento con la seconda ondata e soprattutto di investire risorse su strutture destinate a restare o che avrebbero potuto essere meglio valorizzate in seguito.
Il 21 viene inaugurata la struttura di Torino Esposizioni, costata 1,5 milioni di euro messi a disposizione dal Fondo Beneficienza del gruppo Intesa Sanpaolo, e dal giorno dopo riceverà i primi pazienti. 538 posti principalmente pensati per liberare spazi negli ospedali piemontesi, suddivisi tra le tende della protezione

civile Piemontese, della CRI e i prefabbricati della protezione civile trentina. Con a disposizione cmq alcuni posti letto di terapia intensiva e subintensiva e anche uno spazio operatorio.
La struttura non decolla mai, per via del rallentamento della pressione sugli ospedali pubblici (grazie all'intervento dei privati e all'efficacia delle misure di contenimento), per via dei limiti del personale dedicato e della struttura: è pur sempre una soluzione d'emergenza, non un ospedale vero e proprio.
Anche i criteri per l'accesso dei pazienti, stanti i limiti della struttura, sono molto stringenti: stabili, con necessità cliniche minime, sostanzialmente dimissibili a domicilio. Per salvaguardare l'operatività dell'ospedale da campo del Valentino vengono addirittura modificati i criteri d'accesso, alzando da 30 a 35 indice di massa corporea, da 100 a 120 peso, e predisponendo 30 letti. Inutilmente.
A dicembre il picco registrato di ricoveri dall'apertura è stato di 21 posti letto occupati, il 2 e il 3 dicembre; poi il 16 dicembre, a meno di un mese dall'apertura, la struttura viene chiusa e il piano vaccinazioni dell'ASL di Torino, in partenza, non prevede per le fasi 1, 2 e 3 l'utilizzo della struttura.
Un progetto che è servito sicuramente per scopi comunicativi, molto poco per scopi sanitari, e che ha dirottato risorse che invece potevano più utilmente essere impiegate per potenziare la sanità territoriale e gli strumenti di assistenza domiciliare.
Nel corso della terza ondata, che vede nuovamente il Piemonte con un tasso di ospedalizzazione fra i più alti e una saturazione delle terapie intensive ai primi posti in Italia, la struttura non viene riaperta, dimostrando tutta la sua inutilità e si preferiscono i trasferimenti di pazienti tra diverse aziende e province, specie dalla Città di Torino. Il personale assunto dalla Città della Salute allo scopo di garantirne la prima apertura si rivela necessario all'ordinario funzionamento degli ospedali che compongono l'azienda e anche questo concorre alla scelta di non riaprire.
La struttura, a partire dal mese di giugno verrà in parte riconvertita come hub vaccinale per alcuni open day nei weekend.
Le risorse impiegate non sono pubbliche, ma provenendo da donazioni private meritavano ugual diligenza nel loro utilizzo.

9. Hotel e altre strutture

Nel corso della prima ondata, per gli isolamenti vengono largamente sfruttate le caserme Riberi e di Bardonecchia.
Federalberghi il 16 marzo si mette pubblicamente a disposizione "Le imprese alberghiere di Torino e della provincia sono pronte a fare la propria parte per trasformare le strutture in luoghi di quarantena temporanea, qualora la Protezione Civile, Asl e l'Unità di Crisi per il Covid-19 lo richiedessero" e nei giorni successivi elabora un protocollo sulla falsariga del modello toscano. **Nel corso di un incontro successivo, in Prefettura, Regione chiede la disponibilità delle strutture gratuitamente e non seguono ulteriori contatti. Lungo la prima ondata, risulta contrattualizzato un solo hotel in Collegno**.
Al bando di metà a agosto per la creazione di covid hotel, a Torino, **nessuna struttura alberghiera si è presentata**. La speranza degli albergatori e un modesto tasso di prenotazioni comunque presenti hanno frenato gli albergatori.
A settembre l'ASL Torino apre una call, a cui rispondono in pochi e che si aggiudica l'Hotel Bologna. Solo il 15 ottobre viene formalizzato il contratto per la una struttura da 40 posti: inizialmente l'Asl voleva bloccare un numero ridotto di stanze, il che si scontrava con la necessità di destinare l'hotel a quella sola attività: per questo l'accordo finale ha previsto il pagamento vuoto per pieno.
(http://www.aslcittaditorino.it/ws/filealbopretorio/Delibera-Allegato-805-2020.pdf)
Anche l'Asl TO 4 fa due call, recuperando la disponibilità di due strutture nel mese di ottobre.

Nel corso di ottobre intanto la Regione prepara due avvisi pubblici, **ma i giornali ne anticipano l'esito.**
Il 31 ottobre La Stampa pubblica infatti un elenco di strutture disponibili, per oltre 900 posti: 732 a Torino, 34 a Alessandria, 20 ad Asti, 65 a Novara, 31 nel VCO e 13 a Vercelli. Si tratta tra gli altri del Grand Hotel Sitea, Lancaster, Vercelli palace Hotel, Jet Hotel, Blue Relais. Alcune di queste strutture cominciano anche a venire contattate direttamente dagli ospedali.
Il primo novembre esce l'avviso pubblico per individuare alberghi in cui ricoverare pazienti asintomatici o paucisintomatici over 65, con un servizio di assistenza sociosanitaria. Il quattro novembre un altro avviso pubblico è destinato all'individuazione di strutture destinate a pazienti totalmente autosufficienti, in attesa di diventare negativi.
Ogni "albergo assistito" dovrà garantire un minimo di 20 camere provviste di bagno all'interno, il servizio pasti, il cambio e la sanificazione della biancheria ogni tre giorni, 2 operatori socio-sanitari ogni 20 ospiti, un infermiere professionale che effettua 3 passaggi diurni di due ore per 20 ospiti, la reperibilità infermieristica h24. La fornitura dei dispositivi di protezione individuale sarà a carico del gestore, mentre i medici di medicina generale e le Usca garantiranno il supporto medico.
Federalberghi però è perplessa: "Un hotel da solo non può gestire questa situazione – spiega il presidente di Federalberghi Novara e Vco Emilio Zanetta – in quanto gli albergatori non possono assumere operatori sanitari. L'unica soluzione sarebbe quella di creare una società temporanea tra un hotel e una Rsa". Non risultano infatti attivati "alberghi assistiti".
Nel corso della quarta commissione del 9 novembre vengono dichiarate 253 camere contrattualizzate su tutto il Piemonte, 500 in fase di contrattualizzazione (mentre il 13 novembre su La Repubblica vengono annunciati 63 alberghi e 2300 camere).
Con la D.G.R. n. 2-2254 del 11 novembre 2020, la Regione Piemonte – Direzione Sanità e Welfare, nell'ambito del piano di potenziamento della rete assistenziale territoriale per la presa in carico dei pazienti contagiati dal Covid, ha definito le linee di indirizzo per il reperimento, tra l'altro, di strutture alberghiere per offrire risposte ad asintomatici o paucisintomatici colpiti dal virus (https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2020/11/20201112_56373_DGR-2-2254_testo-1.pdf)
In realtà al 23 novembre, secondo gli organi di stampa, la lista delle disponibilità raccolte non si è ancora trasformata in contratti. Gli hotel vogliono infatti il pagamento vuoto per pieno, la Regione teme contestazioni contabili. L'accordo base prevedrebbe perciò un 50% vuoto per pieno e di procedere alla scelta secondo criteri economici. Per ora solo Bologna e Piccola Mole sono contrattualizzati, perché erano disponibili già d'estate.
L'iter di contrattualizzazione si completa lentamente. A Torino risulta contrattualizzato all'esito di quella manifestazione di interesse il solo hotel Golden Palace.
(http://www.aslcittaditorino.it/ws/filealbopretorio/Delibera-Allegato-1026-2020.pdf)
L'Asl di Torino, che individua il suo fabbisogno in un posto ogni 4000 abitanti in aderenza al DL 34/2020, contrattualizza 40 camere con l'hotel Bologna e 100 con il Golden Palace. Per restare su Torino, è significativa da notare anche la completa assenza di iniziativa del Comune di Torino, a differenza di quanto accade a Milano, nell'intervenire con strutture di ricovero e nella relazione col settore privato e alberghiero.
Questo il quadro complessivo sul Piemonte.

ASL	RESIDENZA	PROVVEDIMENTO	CAPIENZA	PREZZARIO	NOTE
TO4		Il 20.11 pone quesito al DIRMEI ma non ottiene risposte, per cui non contratta alcuna struttura			
BI	Don Orione	DELIBERAZIONE n. 176 del 24/04/2020	25	82,67/giorno	
		Deliberazione n. 411 del 14/10/2020	Minimo 3	45/giorno	
CN1	La Bussola di Centallo	Dal 1/10 al 29/12	18 doppie	19/giorno/camera	Vuoto per pieno
CN2	Hotel s. Maria a La Morra	DETERMINAZIONE n°1306 del 13/11/2020 DETERMINAZIONE n°1402 del 01/12/2020 DETERMINAZIONE n°586 del 30/04/2021	20 camere	70 euro notte	70 euro notte
TO1	l'Albergo Bologna	deliberazione n. 805/A.029/2020 del 15/10/2020			
	RSA Piccola Mole	http://www.aslcittaditorino.it/ws/filealbopretorio/Delibera-Allegato-954-2020.pdf			
	Golden Palace	deliberazione n. 805/A.029/2020 del 15/10/2020	100 camere	le prime 50 a 55 euro, le altre a 50 euro, 25 le libere, 20 supplemento doppia	
TO3	CHESTANZE srl	732 del 05/11/2020	12 stanze	59,00 iva esclusa/giorno	vuoto per pieno
	Foresteria Valdese di Torre Pellice	N. 764 del 13/11/2020	fino ad un massimo di 18 camere	60,00 iva esclusa/giorno	Vuoto per pieno
TO5	VAEL srl – La Collina	n. 550 del 21/10/2020	14 camere	prezzo settimanale è di € 335,00	escluse le stoviglie ed il servizio dei pasti
	Struttura Casa del Pellegrino di Villanova d'Asti;	n. 672 del 10/12/2020	12 stanze	€ 68,00/giorno	
VCO	Turismo & impresa sociale srls	751 del 20 ottobre 2020		44 euro a ospite	Minimo 13 ospiti
AT	casa pellegrino di villanova			54 euro notte	
NO	Blue Relais Motel			67,59 euro /notte/ camera	minimo 15 camere
VC	"Casa Parella"		11 camere	50 euro/notte	
	"Ostello Il Pinocchio"		9 camere	50 euro/notte	
	Vercelli palace hotel		6 camere	75 euro/notte	16/notte vuoto per pieno
	Albergo ITALIA			50 euro notte	

Nel corso della terza ondata, la maggior parte delle convenzioni non verrà rinnovata. Rispondendo all'interrogazione 695, l'assessore Icardi indicava al 14 aprile 2021 solo due convenzioni in atto.

10. L'apporto dei privati

Già il 2 marzo, a fronte della recrudescenza dell'epidemia, AIOP si offre pubblicamente "di fornire un fattivo contributo per fronteggiare l'attuale momento critico e collaborare con il centro di crisi regionale ponendo in atto tutte quelle azioni che saranno ritenute utili ed efficaci per contrastare il propagarsi del virus e prestare le cure più efficaci ai nostri cittadini. Siamo pronti a mettere in rete le nostre strutture per decongestionare gli ospedali pubblici e gestire pazienti anche gravi nei nostri posti letto di rianimazione, di acuzie e anche di post-acuzie in caso di malati cronici".

Come noto il sistema privato, nella sua relazione col pubblico, opera secondo lo schema autorizzazione, accreditamento e infine contrattualizzazione. Ovviamente sono pochi i posti immediatamente disponibili della tipologia richiesta, per cui si rende necessario autorizzarne e accreditarne di nuovi. E d'altro canto contemperare questa esigenza con le altre attività già accreditate e contrattualizzate (che in parte subiscono rallentamenti per i limiti alla mobilità regionale, ma in parte aumentano per gli stop alle attività nel settore pubblico). C'è dunque un tema di spazi e un tema di remunerazione.

Da questo momento in poi parte perciò una fase di trattativa e di attività delle commissioni di vigilanza che si trascina per troppo tempo e che porta all'apertura ai ricoveri presso le strutture private solo a metà aprile, pur risultando il 14 marzo 2020 già il primo ricovero in terapia intensiva di un paziente affetto da coronavirus alla Pinna Pintor.

Il 10 marzo 2020 infatti viene adottata la DGR n. 3-1111, recante ad oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVID-19: Protocollo d'intesa tra Associazioni di categoria (AIOP/ARIS) e Regione Piemonte per la fornitura di supporto di assistenza sanitaria e tecnica e approvazione dello schema tipo di contratto per le ASR".

La successiva DGR 13 marzo 2020, n. 12-1124, recante ad oggetto: "Emergenza da COVID 19. Variazione temporanea della dotazione dei posti letto nell'ambito delle strutture pubbliche e disposizioni transitorie per la contrattazione di eventuali prestazioni aggiuntive con le strutture private autorizzate ed accreditate a supporto del sistema pubblico" dispone la possibilità per le AASSRR di utilizzare anche i posti accreditati ma non contrattati degli erogatori privati.

In questo percorso è cruciale la DGR 13 marzo 2020, n. 22-1133, recante ad oggetto: "Misure emergenziali per far fronte all'epidemia Covid 19. Modalità di attivazione di posti letto COVID in strutture private". Questa stabilisce che **"eventuali ulteriori fabbisogni di posti letto per pazienti COVID-19 positivi potranno essere soddisfatti, temporaneamente nei limiti della durata dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31.1.2020, anche presso strutture private autorizzate".** Inoltre, che "oltre alla remunerazione per DRG secondo il tariffario vigente, un finanziamento a funzione per realizzare interventi ad elevato grado di personalizzazione, ex art. 8 sexies, comma 2, D.Lgs. 502/92 e s.m.i, atti a far fronte all'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale relativa all'epidemia in corso. Tale finanziamento a funzione verrà remunerato dalle A.S.L., a seguito di specifica rendicontazione delle spese effettuare da parte delle strutture, in base alle attività effettivamente svolte ed ai costi sostenuti, nel limite del 15% della remunerazione relativa alle prestazioni erogate". In questo quadro, è interessante notare anche che le risorse non sono solo regionali: "l'accertamento e l'impegno della somma di 4.648.721,44 di cui alla nota prot. n. 2020.AAI692.U815 - pratica numero 2020.0538 del 12 marzo 2020 - **della Fondazione Compagnia di San Paolo".**

Da questo momento in poi le ASR possono contrattualizzare posti letto anche con strutture che non abbiano posti letto accreditati compatibili, a condizione che ARPA e commissione di vigilanza attestino la sussistenza di alcuni requisiti. La loro attestazione vale come autorizzazione e accreditamento e consente a seguire all'ASL di contrattualizzare. Il processo procede lentamente, cosicché si raggiunge il pieno degli accrediti a fine aprile.
Passata la prima ondata, con la delibera di Giunta n. 7-1492 del 12 giugno 2020, la Regione Piemonte ha approvato il Piano Straordinario di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid-19.
Le strutture private "*potranno essere coinvolte a vari livelli in base alla situazione epidemiologica ed alla necessità del momento*" con particolare riferimento alla fase post acuta e quindi al setting riabilitativo del comparto privato accreditato in ragione di pregresse "esperienze molto qualificate".
Il problema del coinvolgimento delle strutture private si ripropone nella seconda ondata dell'epidemia e viene nuovamente affrontato in ritardo rispetto alle esigenze.
La Deliberazione della Giunta Regionale del 30 ottobre 2020, n. 9-2176, consente di divenire strutture "Covid dedicate", offrendo la possibilità di ampliare la dotazione dei posti letto a favore dei pazienti Covid positivi all'interno delle strutture private con le medesime procedure di cui alla DGR n. 22-1133/2020, nonché la possibilità di trasferire temporaneamente l'attività ordinaria, in tutto od in parte, cedendo il relativo budget, presso altre strutture autorizzate accreditate e non. Il budget assegnato alla "struttura ricevente" ai fini della contrattualizzazione dovrà essere portato in detrazione da quello assegnato con DGR n. 1- 1881 del 10 agosto 2020 alla struttura che diverrà Covid dedicata, in misura proporzionale al periodo della durata del temporaneo accreditamento/contratto.
Con questa deliberazione, vengono annunciati 1200 nuovi posti disponibili (ma saranno poi solo 780).
La successiva DGR n. 17 – 2364 del 27 novembre 2020 approva uno schema tipo di addendum contrattuale ex art. 8 quinquies D.lgs 562/92 e smi per prestazioni di ricovero in regime di acuzie e postacuzie da destinare a pazienti Covid positivi presso strutture private accreditate.

ATTIVAZIONE E UTILIZZO LETTI COVID

ASR	1° ONDATA AGGIORNAMENTO AL 30.4.2020 POSTI LETTO ATTIVATI	Pazienti ricoverati 1 ondata	2° ONDATA AGGIORNAMENTO AL 26.11.2020	3° ONDATA AGGIORNAMENTO AL 19.3.2021 POSTI LETTO ATTIVATI	Pazienti ricoverati 2 + 3 ondata
AL	129	361	131	151	328
BI	22	24	40	40	83
TO1	396	699	262	244	818
NO	255	399	145	123	714
TO4	256	266	76	215	467
VCO	232	267	62	122	396
VC	20	39	44	44	137
TO5			20	20	46
CN1				40	
TOT.	1310	2055	780	999	2989

Un contenzioso fra la Regione e i privati si apre sulle prestazioni contrattualizzate ma non erogate nel corso del 2020 a causa della pandemia. La Regione ha richiesto la restituzione delle somme percepite per prestazioni non erogate, fino a che un accordo del 4 febbraio 2021 stabilisce di ricorrere al criterio già applicato in molte altre regioni, per cui vengono "congelati" i rimborsi fino al 31 dicembre 2021, quando

sarà possibile quantificare con precisione le prestazioni nel frattempo recuperate e le maggiori spese sostenute dal privato a causa dell'emergenza Coronavirus.
Una relazione complicata dal fatto che a fine 2020 si attende ancora dal ministero della Sanità la definizione delle tariffe per i ricoveri Covid, nonché le modalità ed entità dei ristori.
Resta aperto al momento il tema di coloro che, nel 2020, hanno erogato più del budget assegnato e che non hanno ancora visto riconosciuta la differenza.

11. Terapie e idrossiclorochina

L'idrossiclorochina è un composto sviluppato dalla Bayer prima della Seconda Guerra Mondiale, utilizzato poi in modo estensivo tra le truppe tedesche e italiane in Africa. Si tratta semplificando molto di chinino sintetico, noto antimalarico utilizzato fin da fine 800.
Al giorno d'oggi il farmaco è utilizzato per curare l'artrite reumatoide oltre che svariate patologie autoimmuni.
Il pensiero di utilizzarlo nella cura dei pazienti infetti da Covid19 deriva da una sua presunta capacità di limitare la moltiplicazione del virus e dalla funzione immunomodulatoria del principio attivo sulle citochine prodotte in risposta alla infezione virale.
Il farmaco, secondo alcuni studi, aveva negli anni passati dimostrato una certa efficacia, nel corso di esperimenti di laboratorio "in vitro", anche nel rallentare la proliferazione del virus della SARS. Di qui l'idea di procedere con alcune sperimentazioni in svariati Paesi, nei primi mesi del 2020, sui pazienti infettati da Covid 19, a cui si aggiungono anche numerose sperimentazioni internazionali in ambito ospedaliero coordinate dall'OMS.
Il 20 di marzo uno studio francese documenta senza lasciare dubbi, almeno in un primo momento, gli ottimi risultati ottenuti da alcuni pazienti trattati con il farmaco. Le conclusioni dello studio sono utilizzate nei giorni successivi da molti leader politici, Trump, Bolsonaro, Narenda Modi, Salvini, per spingere i propri Paesi ad adottare la terapia in modo estensivo. Purtroppo lo studio in questione si rivela particolarmente lacunoso e contraddittorio in molte sue parti, tanto che tra il 3 e l'11 aprile viene ritirato.
Proprio il 7 di aprile l'Assessore Icardi emana le linee guida regionali sull'utilizzo della terapia a base di idrossiclorochina, anche sulla scia di alcune notizie positive che arrivano dal territorio di Alessandria, dove un team di medici sta trattando alcuni pazienti con questa terapia.
In questo periodo partono a livello mondiale molte nuove sperimentazioni cliniche sul farmaco, con pubblicazioni sulle riviste specializzate tra metà aprile e fine maggio. **Tali ricerche non evidenziano in effetti alcun risultato positivo nella cura dei pazienti, successivamente alle quali la FDA (Stati Uniti) e tutti gli enti governativi di controllo sui farmaci ritireranno l'autorizzazione all'uso dell'idrossiclorochina per il trattamento del Covid19.**
Dal 25 maggio vengono temporaneamente sospese le sperimentazioni dell'OMS in seguito ad una inefficacia dimostrata dagli studi, anche se in via preliminare, e ad una presunta alta tossicità cardiaca del trattamento alle alte dosi di somministrazioni necessarie per questo tipo di terapia. Anche EMA e AIFA si adeguano.
In Piemonte intanto la terapia con idrossiclorochina è diventata una bandiera politica, tanto che l'Assessore Icardi il 5 giugno si scaglia contro il Direttore dell'AIFA che ne ha sospeso l'utilizzo "off label" a livello nazionale. L'utilizzo "off-label" consente l'accesso gratuito ad una terapia farmacologica prima che l'AIFA ne autorizzi la commercializzazione o, per farmaci già autorizzati, per indicazioni diverse da quelle per le quali il medicinale è stato autorizzato.

Nel mese di luglio l'Aifa ribadisce il concetto espresso in precedenza, non consentendo la terapia in oggetto.
Il 22 ottobre l'Assessore Icardi esprime nuovamente a sua volontà di ricominciare ad usare la terapia a base di idrossiclorochina, chiedendo a gran voce l'approvazione di Aifa e proponendo di effettuare nuove sperimentazioni nelle strutture della Regione Piemonte.
Intanto un gruppo di oltre 40 medici di varie regioni italiane, presentano un esposto al TAR del Lazio chiedendo di sospendere il divieto e di rendere rimborsabile il farmaco dal Servizio sanitario nazionale per i pazienti Covid-19, ma perdono la causa. Conseguentemente si procede con il ricorso al Consiglio di Stato, che esamina gli appelli su decisioni amministrative. Il Consiglio, l'11 dicembre 2020, sovverte la decisione del Tar e impone all'Aifa di autorizzare il farmaco con la seguente argomentazione.
I dati che si ricavano da tali studi, come da quelli osservazionali, non sono certi, univoci, concordanti, e sono appunto di difficile interpretazione clinica quanto all'efficacia nello stadio iniziale della malattia, essendo invece ben chiaro, comunque, che il farmaco non è efficace in uno stadio avanzato della stessa né in sede di profilassi. Complessivamente i risultati, anche in base alle revisioni scientifiche e delle meta-analisi sin qui condotte e puntualmente indicate da AIFA, forniscono evidenze non decisive in merito ai possibili benefici clinici dell'idrossiclorochina in uno stadio iniziale della malattia e la stessa AIFA – v. p. 11 della scheda pubblicata su www.aifa.gov.it e aggiornata al 25 novembre 2020 – afferma che «*dai dati della letteratura si può concludere* ***che gli studi clinici prospettici randomizzati indicano con sufficiente chiarezza che l'idrossiclorochina non apporta significativi benefici nei pazienti ospedalizzati***», mentre prudenzialmente riconosce che «***per quanto riguarda i pazienti non ospedalizzati, pur in presenza di dati a sfavore di un beneficio, il livello di incertezza può giustificare l'ulteriore valutazione in studi clinici randomizzati***».
Pur non essendoci evidenze decisive circa i benefici clinici, il farmaco da quella data si può nuovamente utilizzare, poiché non vi è "ragione sufficiente sul piano giuridico a giustificare l'irragionevole sospensione del suo utilizzo sul territorio nazionale da parte dei medici curanti in base ad una conclusione – la *totale definitiva inefficacia* del farmaco sotto ogni aspetto, anche immunomodulatorio – che, allo stato delle conoscenze e della ricerche tuttora parziali e provvisorie, sembra *radicale e prematura* già a livello scientifico".
Il Piemonte si appresta perciò, sulla scia in realtà di uno scontro nazionale, a includere il farmaco nella terapia domiciliare con la quarta versione del "Protocollo per la presa in carico dei pazienti covid a domicilio da parte delle unità speciali di continuità assistenziale, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta", di marzo 2021. Salvo premunirsi con grande ipocrisia nel consenso informato che la Regione stessa ha proposto allegato al protocollo. Questo infatti riporta:
"In particolare, ai fini della completezza delle informazioni che Lei deve ricevere, Le riportiamo di seguito il parere dell'AIFA sull'utilizzo dell'Idrossiclorochina nei pazienti affetti da infezione da SARS-CoV-2, aggiornato al 22 Dicembre 2020: "Alla luce delle evidenze che si sono progressivamente accumulate nell'uso terapeutico su pazienti ricoverati e che dimostrano la completa mancanza di efficacia a fronte di un aumento di eventi avversi, seppur non gravi, AIFA non raccomanda l'utilizzo dell'idrossiclorochina nei pazienti con COVID-19 in ospedale. AIFA inoltre non ritiene utile né opportuno autorizzare nuovi studi clinici nei pazienti ricoverati". […] "Nei pazienti – prosegue AIFA – con infezione da Sars-Cov-2 gestiti a domicilio, di bassa gravità e nelle fasi iniziali della malattia, esistono evidenze più limitate che dimostrano la mancanza di efficacia a fronte di un aumento degli eventi avversi, seppur non gravi, pertanto AIFA non raccomanda l'utilizzo dell'idrossiclorochina".
Cioè l'idrossiclorochina non fa bene, ma può far male. Tant'è vero che non risulterebbero USCA che l'abbiano somministrata.

La questione assume anche rilevanza mediatica nazionale: il virologo Burioni interviene con durezza: “Piemontesi, sappiate che studi sterminati hanno stabilito non solo che per il covid-19 l'idrossiclorochina è inutile, ma che è anche pericolosa. Se qualche 'medico' ve la prescrive, buttatela nel cesso e cambiate medico velocemente”.

I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

I mancati approvvigionamenti e i mancati controlli – il divieto di comprare alle ASR e la confusa marcia indietro – le carenze nascoste dietro il divieto di utilizzo dei DPI – il tardivo coinvolgimento di SCR – i soldi buttati delle mascherine Miroglio

1. **Un’esigenza sottovalutata**

La pandemia di coronavirus ha avuto, tra i suoi effetti immediati, un aumento esponenziale del consumo di dispositivi di protezione individuale. Problemi di produzione, distribuzione e approvvigionamento si sono avuti, per quello che riguarda la popolazione, in tutto il paese, unitamente a indicazioni non sempre univoche sul punto da parte delle autorità civili e sanitarie.
Diverso però il caso dei dispositivi di protezione destinati al personale medico – infermieristico, sulla cui necessità non ci sono mai stati dubbi e rispetto ai quali il Piemonte ha patito più di altri problemi di disponibilità. Soprattutto la prima ondata ha conosciuto una penuria diffusa in ambiente assistenziale, medico e ospedaliero di DPI, personale costretto a soluzioni di fortuna o a razionare l’utilizzo dei dispositivi, disposizioni delle aziende volte a limitarne l’utilizzo, indicazioni regionali contraddittorie sugli approvvigionamenti: dalla delega alle ASR all’accentramento totale per tornare progressivamente alla delega completa attraverso più modelli intermedi. Una confusione che non ha certo aiutato in un sistema nazionale e internazionale di estrema competizione e dove non sono mancate iniziative velleitarie, come il caso delle mascherine Miroglio, e dispute evitabili.

2. **Indicazioni nazionali sui DPI**

La straordinaria facilità di trasmissione del contagio, uno dei pochi elementi chiari da subito, ha provocato un innalzamento del livello di protezione per il personale medico – infermieristico.
La circolare ministeriale n. 1997 del 22 gennaio già raccomandava “Per motivi precauzionali, si raccomanda che il personale sanitario, oltre ad adottare le misure standard di biosicurezza, applichi le precauzioni per prevenire la trasmissione per via aerea e per contatto. In particolare, dovrebbe indossare: mascherina e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile e guanti. Qualora siano necessarie procedure che possono generare aerosol, la mascherina dovrebbe essere di tipo FFP2.”
Al 22 febbraio lo standard si alzava: “Il personale sanitario in contatto con un caso sospetto o confermato di COVID-19 deve indossare DPI adeguati, consistenti in filtranti respiratori FFP2 (utilizzare sempre FFP3 per le procedure che generano aerosol), protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe, guanti”.
A voler precisare ancora, già il documento “La sindrome acuta respiratoria severa – sars raccomandazioni per la prevenzione e il controllo”, descriveva anni prima di questa pandemia le mascherine FFP2 come lo standard minimo richiesto per gli operatori sanitari. Si trattava del virus Sars Cov, estremamente simile all’attuale sars cov-2.
L’impennata della domanda porta da subito a fenomeni di accaparramento e di speculazione sui prezzi. Riferisce il direttore Aimar: “**Nella parte finale del mese di gennaio, la Lombardia fece rastrellamento di**

DPI e di altro, perché ebbe notizia che, a livello mondiale, questi beni si stavano riducendo nelle loro disponibilità. […] C'è da dire che questi DPI, a fronte di operazioni di rastrellamento sul mercato da parte di altre Nazioni partite prima - mi si raccontava che la Germania e gli Stati Uniti stavano rastrellando a piene mani - non era già più possibile importarli, perché ovviamente il prezzo saliva così tanto! I giornali sono pieni di casi di persone che hanno scelto di non vendere, perché sapevano che 10-15 giorni dopo il prezzo si sarebbe triplicato". **Il Piemonte comunque pare agire timidamente di fronte all'attivismo di altre regioni e stati.**

In questo senso, stante l'emergenzialità di provvedere alle forniture, l'ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 della Protezione Civile "Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa a rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie e derivanti da agenti virali trasmissibili" contiene una serie di **deroghe a favore dei soggetti attuatori**: prima dei soggetti attuatori nazionali, poi di quelli regionali, Unità di crisi, commissari e quant'altro. In particolare, ci sono deroghe per quanto riguarda le modalità di gestione degli acquisti, la gestione della privacy e le questioni di natura edilizia. Inoltre il D.L. n. 18 del 17/3/2020 ha definitivamente sancito la possibilità per le Aziende Sanitarie di fare ricorso alle mascherine chirurgiche, equiparandole ai filtranti respiratori FFP2/FFP3. L'art. 16 D.L. n. 18 del 17/3/2020 considera infatti "dispositivi di protezione individuale (DPI), di cui all'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio" e autorizza "l'utilizzo di mascherine filtranti prive del marchio CE, prodotte in deroga alle vigenti norme sull'immissione in commercio" (DOC. 5).

3. Le azioni del Piemonte nella prima ondata

Le scelte della Regione sugli approvvigionamenti cambiano con l'evolversi della situazione.

Da gennaio alla comparsa del primo caso in Piemonte (22 febbraio), la linea, secondo quando ricostruito dal direttore dell'assessorato, è che tocchi alle aziende precostituire le scorte necessarie. Per questo (e non solo) l'assessorato organizza nel periodo antecedente cinque riunioni operative coi direttori generali e i direttori sanitari delle Aziende sanitarie, con la partecipazione del professor De Rosa e della dottoressa Chiara Pasqualini, al seguito delle quali i dirigenti responsabili "avrebbero dovuto dare luogo e hanno - spero - dato luogo, dentro le ASL, non solo a una revisione di tutte le procedure, ma i Direttori sanitari, per legge, avrebbero dovuto verificare che i beni essenziali, fra cui i DPI, fossero presenti nelle aziende. Non solo i Direttori sanitari, anche gli RSPP, anche tutti i datori di lavoro e i loro delegati, che sono i primari di tutti i reparti. Capite che, all'interno della Regione Piemonte, c'erano centinaia di persone dentro le ASL che, per legge, dovevano verificare che quelle cose ci fossero." (Aimar, 14 sett. 2020). Va precisato che le disposizioni derogatorie di cui all'ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 non operavano nei confronti delle singole ASR, che quindi, rileva sempre Aimar nel corso dell'audizione, si trovano in difficoltà di fronte alla crescita dei prezzi e ai vincoli previsti per il contenimento della spesa pubblica.

Con la nota del 23 febbraio 2020 prot. n. 8430 le cose cambiano. L'unità di crisi appena insediata scrive ai direttori delle aziende sanitarie: "**tutti gli acquisti dei DPI (mascherine FFP2, FFP3, visiere/occhiali di protezione, camici impermeabili) vengono centralizzati sulla ASL To 3 di Collegno, vietando quindi acquisti in autonomia** dei suddetti DPI da parte delle altre ASR Regione Piemonte".

Il commissario Raviolo riferisce infatti in audizione: "Credo che ci fosse una mia circolare a tutte le Aziende quand'ero Commissario che diceva "I DPI vengono acquisiti centralmente". Avevamo assunto questa decisione in maniera collegiale all'interno dell'Unità di crisi, per evitare sciacallaggi inconsulti da parte delle varie aziende che avrebbero potuto pagare un centesimo in più una mascherina e in tal modo si sarebbero accaparrate tutte le mascherine e se le sarebbero tenute nascoste, per arrivare all'assurdo. Per cui

abbiamo deciso di centralizzare in una farmacia che normalmente si occupa della fornitura di tutto il sistema regionale 118, che è la farmacia della Torino3, per l'acquisizione del maggior numero possibile di dispositivi di protezione individuale. Questi poi all'interno dell'Unità di crisi venivano ridistribuiti in base a percentuali elaborate non ricordo bene da chi, ma calcolate in relazione agli operatori e ai posti letto".
La situazione si fa seria nel giro di pochissimi giorni. Una nota di Raviolo e Icardi ad Arcuri del 5 marzo denuncia una "**drammatica carenza di maschere chirurgiche presso i servizi sanitari della scrivente regione**".
Specie a seguito dell'annuncio dell'accordo con Miroglio dell'11 marzo (vedi infra), si moltiplicano le offerte e le segnalazioni di imprese e intermediari, all'unità di crisi e ai consiglieri. Nella situazione confusa non mancano i tentativi di raggiro né le offerte che non vengono considerate. Ai consiglieri è indicato l'assessore Gabusi come intermediario tra le segnalazioni e la struttura dell'asl To 3, mentre dal 16 marzo è coinvolto in UdC il dott. Rinaudo al fine di verificare la serietà delle offerte che pervengono.
Non mancano iniziative delle amministrazioni locali e dei dipendenti stessi che "grazie alla loro abnegazione, si sono inventati dei dispositivi sostitutivi a quelli riconosciuti per legge" (gruppo lavoro 26 novembre 2020).
La penuria è tale che **le aziende danno il via a direttive di contenimento nell'utilizzo dei dispositivi**. L'asl di Vercelli ad esempio avvisa gli operatori che "le mascherine, chirurgiche e filtranti facciali, non devono essere indossate nelle aree comuni", mentre l'ASO Mauriziano, il 5 marzo "precisa inoltre che in mancanza di indicazione è vietato l'utilizzo di mascherine e filtranti facciali […] Oltre alla mascherina chirurgica (no filtrate facciale) per l'assistenza a pazienti positivi". Inoltre, il poco materiale disponibile, non sempre viene indirizzato all'uso adeguato: "non avevamo i DPI e costringevamo la gente, che ci telefonava disperata perché doveva entrare nei reparti COVID con le chirurgiche" (gruppo indagine del 30 novembre 2020).
Il 14 marzo **ANAAO presenta un esposto alla procura della Repubblica e all'ispettorato del lavoro**, rilevando "La situazione concreta che si vive nelle strutture sanitarie sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, tuttavia, non è nemmeno vicina a quella che sarebbe richiesta dalle descritte normative: la scarsità delle specifiche mascherine con i filtranti respiratori e delle protezioni per gli occhi, il divieto sovente imposto di portarsele da casa, l'ulteriore divieto di indossare tali dispositivi, ove posseduti, negli spazi comuni per evitare l'allarme del pubblico, fanno sì che la stragrande maggioranza del personale non sia adeguatamente protetto. A peggiorare il già critico quadro designato, si aggiunge il fatto che, considerata la scarsità di tamponi naso- faringei, non è possibile testare il personale sanitario entrato a contatto col virus, con la conseguenza che **quanti hanno effettivamente contratto il virus, non adeguatamente equipaggiati, continuano a lavorare da infetti, con conseguente, esponenziale aumento del rischio clinico per gli stessi e per i pazienti con cui entrano in contatto**."
Nella successiva integrazione dell'11 maggio all'esposto è possibile leggere: "La mancanza di DPI e/o le inefficienze organizzative qui evidenziate, anche in termini di sorveglianza sanitaria, non possono giustificare una diminuzione delle tutele ratificata ex post mediante ricorso alla decretazione d'urgenza: medici, infermieri e operatori sanitari devono poter contare su un sistema effettivo ed efficace che protegga la loro salute e la loro sicurezza quando si trovano sul posto di lavoro, a prescindere dal fatto che si tratti in una situazione ordinaria o in un contesto di emergenza".
Parte quindi una nuova comunicazione diversa dal centro. Racconta Aimar: "È per quello che io l'8 di marzo ho scritto a tutte le ASL, dicendo: "Come vi comprate 2 miliardi di roba all'anno, continuate a comprarvi tutto quanto è possibile". Perché questa idea che uno solo, con i suoi limiti, debba far fronte a 18 Aziende, non poteva avere un senso e non poteva essere un modello che andava avanti. Però se lo Stato – con la "S"

maiuscola - mi scrive, attraverso un generale, "Non ti preoccupare, ti diamo tutto noi" e noi carichiamo i fabbisogni. Ma poi questi fabbisogni non arrivano…".
Non è esattamente così. La Circolare dell'unità di crisi n. 11704 dell'8 marzo 2020 – sottoscritta Aimar, Ripa, Raviolo – individua tre modalità di acquisizione: "Le ASR devono sentire l'ufficio acquisizione beni e servizi dell'Unità di crisi per concordare le attività da svolgere per gli acquisti, che potranno essere:

1. Procedere mediante l'acquisto da parte della centrale acquisti dell'Asl to 3
2. Ricevere beni, anche in locazione, di cui hanno segnalato il fabbisogno all'ufficio acquisizione beni e servizi dell'unità di crisi
3. Procedere in proprio all'acquisto possibilmente per quantità sufficienti a più ambiti territoriali".

Si apre dunque agli acquisti delle singole aziende, purchè in riferimento a più ambiti territoriali.
Lo stesso tipo di **incongruenza** che si registra in Piemonte è rilevata nelle relazioni di Aimar e Raviolo nei rapporti tra Stato e Regioni: un tentativo di centralizzare gli acquisti e le distribuzioni a livello statale – anche bloccando o requisendo le forniture delle singole regioni alla dogana – che si rivela insufficiente senza l'azione autonoma di Regioni e aziende sul mercato. **Tuttavia non risulterebbe agli atti una comunicazione della Protezione civile nazionale che inibisca le Regione dall'approvvigionarsi sul mercato, anzi più comunicazioni nazionali specificano il carattere integrativo di queste forniture**.
Nei fatti si finirà per adottare una modalità mista, perché ancora il 19 marzo (n. prot. 14370) Aimar e Raviolo scrivono alle aziende per richiedere il loro fabbisogno settimanale di DPI e alcuni parametri (posti letto rianimazione, pazienti covid) su cui calcolare la distribuzione secondo le disponibilità, mentre dal 4 aprile (n. prot. 17230) è attiva una piattaforma ad hoc realizzata da CSI e la relativa comunicazione alle ASR "**ribadisce ancora una volta che le forniture di questa unità di crisi sono integrative e non sostitutive". In realtà è la prima volta che questo carattere viene esplicitato**, almeno stando ai documenti che è stato possibile acquisire.
Nel frattempo il D.L. n. 18 del 17/3/2020 ha stabilito la possibilità per le ASR di fare ricorso alle mascherine chirurgiche, equiparandole ai filtranti respiratori FFP2/FFP3. L'art. 16 D.L. n. 18 del 17/3/2020 infatti definisce "dispositivi di protezione individuale (DPI), di cui all'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio" e autorizza "l'utilizzo di mascherine filtranti prive del marchio CE, prodotte in deroga alle vigenti norme sull'immissione in commercio".
In questo modo le mascherine chirurgiche, impiegate in ambito sanitario per la protezione nei riguardi del paziente ma non dell'operatore, sono diventate dispositivi di protezione individuale per medici, infermieri e personale sanitario.
Per gli approvvigionamenti **l'unità di crisi si appoggia inizialmente alla ASL TO 3**, che il 25 febbraio viene autorizzata all'acquisto di DPI e alla quale il 5 marzo vengono confermati finanziamenti necessari e specifici. L'unità di crisi si avvale anche della collaborazione del dott. Rinaudo, magistrato in pensione, con lo scopo di evitare tentativi di truffa che, dato il periodo, si moltiplicano.
Nel mese di marzo viene finalmente coinvolta la società di committenza regionale (audita il 16 luglio in commissione legalità), che il 28 marzo aggiudica la prima gara d'appalto del valore complessivo di Euro 118.576.739,40 al netto di IVA per l'acquisizione di materiale monouso di vestizione e protezione e di altri dispositivi urgenti per emergenza Covid19 destinati alle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte (gara 39/2020) per la fornitura del fabbisogno trimestrale necessario alle Aziende.
Una seconda gara, la 46 – 2020, del valore di Euro 5.187.707,40 al netto di IVA per dispositivi urgenti vede il termine per offerte al 16 aprile, mentre la 52 – 2020, valore dell'appalto Euro 45.000.000,00 al netto di IVA, riguarda i camici e arriva a metà maggio.

Al 25 aprile, rispondendo alla nota n. 314 del 17 aprile del commissario Arcuri, le esigenze sono ancora altissime: ordinate 8.115.680 FFP2, evase 56.280 e un fabbisogno mensile di 700.000; ordinate 3034855 FFP3, evase 4370, fabbisogno 340.000; chirurgiche ordinate 3612000, evase 2501000, su un fabbisogno mensile di 2800000. Coccolo e Ceravolo annotano: "La Regione ritiene in ogni caso di continuare ad avvalersi del modello centralizzato costituito dalla Sua struttura commissariale, in merito alla fornitura di DPI, dispositivi medici, materiale sanitario, attrezzature medicali, ed ogni genere di bene strumentale utile a contrastare l'emergenza, a titolo gratuito". **Un appunto sufficientemente ambiguo da non individuare precise responsabilità sugli approvvigionamenti: il Piemonte quindi non procede ad approvvigionarsi autonomamente? Non chiarire la strategia permette di provare a intestarsi quello che funziona e scaricare sul livello centrale le inefficienze, come si vede bene negli scambi ricostruiti nel prossimo paragrafo.**
Al 29 maggio i DPI raccolti sono ormai eccedenti e con la nota n. prot. 25171 si offre alle Aziende una scorta di un mese, in vista di una "eventuale riacutizzazione della crisi" e nella consapevolezza che "non sempre i vostri fabbisogni hanno trovato adeguato riscontro nella distribuzione".
Al 24 giugno il conto del materiale ricevuto dal Piemonte dalla Protezione Civile nazionale è di 451.500 camici, 62.500 calzari, 6765 caschi, 1.739.400 guanti, 19.610.122 mascherine, 469.442 tamponi, 84.080 tute, 15.948 occhiali
(https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNTE2NWM3ZjktZGFlNi00MzYxLWJlMzEtYThmOWEzYjA1MGNhIiwidCI6ImFmZDBhNzVjLTg2NzEtNGNjZS05MDYxLTJjYTBkOTJlNDIyZiIsImMiOjh9).

3. Contenziosi e indagini

Gli organi di stampa e la nota 22306 del 6 maggio si occupano di camici ricevuti dalla struttura commissariale nazionale non conformi all'uso; la replica della Protezione Civile nazionale del 6 maggio, n. prot. 498, richiama la comunicazione del piano di distribuzione del 3 maggio, per cui "i dispositivi oggetto di distribuzione con la dicitura DONATI o DONATE […] sono privi di certificazione. È sembrato pertanto utile distribuirli comunque. Si rimanda all'esclusiva valutazione delle amministrazioni regionali le modalità del loro eventuale utilizzo".
Il tema viene riproposto il 3 luglio, chiedendo "cortesemente di fornire per il futuro esclusivamente materiale appropriato per uso sanitario" e la struttura commissariale nazionale che ricorda le norme derogatorie di cui al D.L. 18/2020 art. 15 e le validazioni Inail.
Il 6 maggio Coccolo e Aimar scrivono ad Arcuri, per conoscere se "codesta spettabile struttura commissariale potrà garantire la costante e puntuale fornitura del materiale indicato, conforme alla normativa di settore, nelle quantità riportate in tabella, qualora ciò non fosse possibile vi chiediamo di esprimere il vostro assenso al riconoscimento dei costi che verranno effettivamente sostenuti dalla Regione Piemonte per l'approvvigionamento autonomo dei materiali, spese che verranno opportunamente rendicontate nelle modalità e nei tempi da voi richiesti". L'11 di maggio la risposta: "**le distribuzioni della struttura commissariale sono assicurate nei limiti della possibilità di quest'ultima e non sostituiscono le forniture che codesta amministrazione regionale legittimamente e in maniera autonoma, già provvedere a garantire. È facoltà della stessa infatti, nei limiti della propria capacità di spesa e di impegno finanziario, provvedere liberamente all'approvvigionamento di tutto quanto ritenuto necessario e non fornito**".
Si profila, al di là dello **stucchevole rimpallo di responsabilità**, un possibile contenzioso circa le spese sostenute e quali di queste potranno essere rendicontate alla struttura nazionale.

Intanto è da notare che la procura di Torino ha avviato accertamenti sugli appalti pubblici legati alla questione covid19. I controlli riguardano incarichi e commesse gestiti da Scr e dall'Asl 3. Il 5 giugno la Guardia di Finanza incomincia l'acquisizione dei documenti correlati.

4. Approvvigionamenti nella seconda ondata

L'otto giugno, in previsione della chiusura delle attività dell'unità di crisi, ai direttori generali è comunicato che l'unità di crisi non procederà ad ulteriori procedure di gara, dovendo le aziende provvedere autonomamente a garantire il proseguio dell'attività sanitaria, ferma restando l'intenzione di stoccare il fabbisogno regionale di un mese dei DPI di cui vi è disponibilità. Seguono più note, il 16 luglio, il 26 agosto e il 2 ottobre, in cui si richiede alle aziende di precostituirsi una scorta di almeno 6 mesi per i DPI necessari a fronteggiare una eventuale seconda ondata. **Il modello centralizzato è così definitivamente abbandonato.**
Nel corso della seconda ondata le problematiche legate a DPI e approvvigionamenti sono in gran parte superate.
Restano criticità legate alle "seconde linee": "i colleghi dei reparti "puliti" continuano a lavorare solo con maschere chirurgiche. Questo è un problema ed è il problema per cui ancora ci sono alcuni focolai, perché spesso i pazienti vengono ricoverati con un tampone negativo, ma che poi si positivizza durante il ricovero, o perché è stato fatto precocemente o perché il malato - sì - è entrato effettivamente con un'altra patologia, ma poi si è infettato in Pronto soccorso, dove ci sono, c'erano e ci sono ancora, delle aree grigie, in cui i percorsi "sporco" e "pulito" non sono così distinti" (gruppo lavoro del 30 novembre 2020).
In alcune ASL, nelle settimane più dure fra ottobre e novembre, risultano mancanti i reagenti per i tamponi e emerge la necessità di ricorrere al congelamento dei tamponi in attesa di analisi.
Problemi sono emersi anche rispetto alla fornitura di bombole di ossigeno, fondamentali per le strutture di emergenza approntate, e di guanti al nitrile, per cui SCR aveva aggiudicato una gara per 60 milioni di pezzi e il cui aggiudicatario si è poi tirato indietro.
Nel corso della seconda ondata SCR apre due procedure importanti: la n. 101 – 2020, che con i provvedimenti n. 327 del 6 settembre 2020 e n. 357 dell'8 ottobre consente di approvvigionare la Regione di sovrascarpe in pvc, gambali, cappellini chirurgici, mascherine chirurgiche e ffp2, guanti in lattice, nitrile e vinile, camici di diversi tipi. Segue poi la gara n. 140 – 2020 che aggiunge occhiali e schermi chirurgici, mascherine ffp3 e nuove forniture dei beni già acquisiti.
Dal 25 giugno al 31 dicembre 2020, il Piemonte ha ricevuto 80.801.768 mascherine, 95.700 calzari, 839.155 camici, 1.199.192 guanti, 650.100 tamponi, 360 ventilatori, 217.600 test antigenici, 373.652 tute.

5. Il caso Govone

All'11 di marzo un comunicato stampa della Giunta Regionale annuncia che "saranno gli stabilimenti della Miroglio Group di Alba **a produrre le mascherine in tessuto ad uso sanitario che necessitano per l'emergenza coronavirus covid19 in Piemonte**. Lo ha annunciato l'assessore regionale alla Sanità del Piemonte, Luigi Genesio Icardi, dopo che l'azienda albese ha confermato la possibilità di rispondere alle esigenze espresse dall'Unità di crisi, nei tempi (immediati) e nei modi richiesti.
Ringrazio di cuore la disponibilità dell'azienda, che ha prontamente risposto al nostro appello – dichiara l'assessore Icardi –, in primo luogo per merito del personale interessamento di Giuseppe Miroglio. Le mascherine da mettere a disposizione di ospedali, operatori sanitari, farmacie e contagiati in isolamento domiciliare sono diventate un bene di prima necessità".
Sul piano operativo, l'annuncio riporta che Miroglio Group sarà in grado di fornire le prime 15 mila mascherine già da sabato 14 marzo e a regime, dovrebbe produrre 25 mila mascherine al giorno, in

esclusiva per il Piemonte. La mascherina verrà totalmente prodotta presso gli stabilimenti italiani, partner di Miroglio Fashion srl. L'azienda albese annuncia di essere in grado di produrre 600 mila mascherine in due settimane.
Pochi giorni dopo, l'assessore Icardi compare al TG3 con il primo lotto consegnato di mascherine, specificando che "attendiamo solo di stampare la certificazione che abbiamo avuto da Roma".
Dal 27 marzo incomincia la distribuzione ai medici di base e pediatri di libera scelta, nella misura di due unità ciascuno. Il certificato che la accompagna recita: "**la mascherina non garantisce in alcun modo la protezione delle vie respiratorie di chi la indossa. Le mascherine igieniche (protezione naso bocca) non offrono una protezione efficace contro i patogen**i". Anche le RSA riceveranno un quantitativo di queste mascherine.
Ma non è l'unico acquisto effettuato dalla Miroglio. Il 17 aprile in commissione, l'assessore Gabusi informa che la Regione Piemonte **ha acquistato altri 5 milioni di mascherine lavabili e riutilizzabili da distribuire a tutta la popolazione piemontese** il cui costo sarà coperto utilizzando una parte delle donazioni ricevute sul conto corrente attivato per l'emergenza Coronavirus. La consegna, riferisce, sarà indispensabile per il riavvio delle attività e avverrà a lotti scaglionati a partire dal 25 aprile per concludersi entro la prima settimana di maggio. La distribuzione finirà invece entro il 31 luglio, come emerge dal verbale della commissione legalità del 30 luglio.
In effetti, in data 9 aprile 2020, con Disposizione del Consigliere Delegato di S.C.R. – Piemonte S.p.A. n. 120, è stata indetta la procedura di gara per l'affidamento, tramite Accordo Quadro, della Fornitura di mascherine facciali di protezione delle vie respiratorie ad uso sociale, al fine di fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID-19 nella Regione Piemonte, per un importo complessivo presunto pari ad € 5.000.000,00, I.V.A. esclusa. In soli due giorni, l'11 aprile 2020 - termine previsto dalla lex specialis di gara - hanno presentato offerta 12 operatori economici: Dealfa Srl, I Santi Srl, Miroglio Textile Srl, Sport Promotion, Itex di Marco Gregnanin, La Casalinda Srl, Pratrivero Spa, Bioh Filtrazione Srl, Errebian Spa, Servizi Associati Srls, Globally srl, Bagart srl. In esito alla verifica di idoneità svolta dalle figure professionali a supporto dell'Unità di Crisi per l'emergenza sanitaria da COVID-19 della Regione Piemonte, sono risultati idonei 3 fornitori. La graduatoria, definita l'11 aprile dal Responsabile del procedimento, risulta essere: la Casalinda Srl con prezzo unitario offerto di 0,98 €, Miroglio Textile Srl, con prezzo unitario offerto di 1,00 € e Pratrivero Spa, anch'essa con prezzo unitario offerto di 1,00 €. Sempre nello stesso giorno, 11 aprile, con Con la disposizione del Consigliere Delegato di S.C.R. – Piemonte S.p.A. n. 128, è stato approvato l'esito della gara, disponendo l'avvio della fornitura in via di urgenza.
Nonostante questa duplice iniezione di liquidità, al 7 luglio lo stabilimento Miroglio di Govone è chiuso e il 21 del mese è messo in liquidazione. Le mascherine peraltro non godono più dell'esenzione dalla certificazione CE e risultano essere assemblate in Marocco, diversamente dagli annunci di marzo, ricevendo in Piemonte il solo trattamento antigoccia.
Alcune decine di lavoratori, su 151, erano tornati in fabbrica a Govone per le contestate mascherine. Di questi, dieci lavoratori sono stati dirottata a Pollenzo, dove si producono invece mascherine chirurgiche e circa una ventina avviati alla pensione. Per gli altri, ancora a inizio agosto, l'azienda non aveva ancora richiesto la cassa integrazione e offriva una buonuscita giudicata troppo bassa dai sindacati.
In definitiva, l'intervento non ha rappresentato un sollievo per il comparto sanitario né ha rappresentato un sostegno decisivo all'occupazione piemontese. Le cautele adottate in via generale dall'unità di crisi per i rifornimenti di dispositivi non sono valse nel caso dell'azienda cuneese.

DIRETTIVE SUGLI ACQUISTI DI DPI

Gennaio - 22 febbraio 2020

Le aziende devono acquisire in autonomia i DPI

23 febbraio 2020

Gli acquisti sono centralizzati

8 marzo 2020

3 modalità, tra cui la possibilità di procedere in autonomia ma per "più ambiti territoriali"

4 aprile 2020

Le forniture centrali sono definite "integrative e non sostitutive"

8 giugno 2020

Viene comunicato che l'unità di crisi non procederà ad ulteriori procedure di gara

I TAMPONI E il TRACCIAMENTO

I ritardi nell'implementare la capacità di tracciamento – criteri epidemiologici e non clinici – una capacità pubblica che non corrisponde mai a quella annunciata – i flussi verso i privati – gli investimenti venuti meno per risparmiare – le attrezzature acquistate per soggetti estranei al sistema sanitario regionale – la controversa e costosa campagna dei sierologici – i limiti di sisp e hotspot – la campagna nelle farmacie mai partita – i dati comunicati sbagliati alla protezione civile nazionale

1. **Il Piemonte fa pochi tamponi**

Al 31 maggio 2021 la Lombardia ha effettuato quasi 9 milioni di tamponi molecolari, il gold standard per l'individuazione del covid19. Il Veneto più di cinque milioni. Campania, Emilia Romagna e Lazio rispettivamente 4,3, 4,7 e 4,7 milioni. La Toscana 3,6 milioni. Il Piemonte, nella prima ondata colpito molto più duramente di Lazio, Campania e Toscana, si ferma a soli 2,9 milioni.
Possiamo anche correggere questi numeri rispetto al numero di abitanti, ma in questa piccola classifica il Piemonte resta ultimo.
Diverse le ragioni di questo risultato. Un ritardo nella partenza (pur essendo una delle regioni colpite per prime e con maggior violenza), ragioni di risparmio economico e scelte strategiche, dai tamponi rapidi ai sierologici, differenti dalle altre regioni. Accompagnati dai consueti annunci ripetuti e mai realizzati: per avvicinarsi ai 20.000 tamponi al giorno annunciati dalla giunta regionale già a maggio è necessario ricorrere massicciamente al privato e, in autunno, buttare nel calderone del conteggio ai tamponi rapidi.

2. **È importante tracciare**

L'arrivo improvviso dell'epidemia e la straordinaria facilità di trasmissione sono solo una parte della spiegazione della velocità con cui il contagio ha preso piede nel nostro paese e nel mondo. Al di là dei deficit strutturali e reattivi della nostra organizzazione sanitaria, **una variabile importante è sicuramente la caratteristica del covid19 di presentarsi, in elevata percentuale (tra il 55 e il 80%, secondo alcuni anche oltre), in maniera asintomatica o paucisintomatica**, o con sintomi riconducibili alle forme influenzali più diffuse e meno pericolose. Solo il 20% di persone contagiate presenta una patologia severa o critica che potrebbero necessitare di ospedalizzazione. Tuttavia con un denominatore ampio, legato all'alta contagiosità, anche il prudenziale 1% di letalità individuato per il covid19 a inizio pandemia determina tantissimi decessi, 7-10 volte più dell'influenza (la cui letalità viene solitamente indicata tra 0,1 e 0,14%). Idem dicasi per la necessità di ricovero in ospedale. L'Italia si assesta al 6,6% circa di tasso di letalità nella prima ondata e 2,4% nella seconda (ma ovviamente questo dipende molto dal numero di test effettuati). Questa caratteristica particolare trasforma ogni positivo asintomatico in un potenziale e inconsapevole trasmettitore del virus. E d'altro canto non offre, ai potenziali infettabili, alcun campanello d'allarme facilmente riconoscibile che possa mettere in guardia da contatti a rischio.
Anche le politiche generali di contenimento dei contatti, le restrizioni ai movimenti e le chiusure delle attività, perdono di efficacia se non sono accompagnate dall'individuazione e dall'isolamento tempestivo dei positivi. E queste ultime si sono rivelate decisamente più efficaci e seguite con maggior scrupolo rispetto ai provvedimenti di quarantena fiduciaria (vale a dire le limitazioni imposte a coloro che hanno avuto contatti con positivi, ma non hanno avuto un tampone positivo e non hanno sintomi evidenti).
In questo quadro, diventa fondamentale individuare, attraverso la ricostruzione dei contatti dei positivi, i percorsi di trasmissione del virus prescindendo dall'insorgenza dei sintomi e l'unico modo per farlo è

sottoporre questa parte di popolazione che ha avuto contatti a rischio a screening attraverso tampone, anche e soprattutto degli asintomatici.
Per farlo non basta fare molti tamponi, ma bisogna farli in numero tale da tenere molto basso il rapporto positivi/tamponi. Bisogna farne tanti da subito, per contenere e non inseguire il contagio.
Si potrebbe infatti pensare che con un rapporto positivi/tamponi maggiore ci sia maggiore efficienza nell'identificare i soggetti positivi e si sprechino meno risorse (tesi talvolta sostenuta anche in Piemonte). Ma in realtà questo indicatore alto significa semplicemente che un numero via via più importanti di casi sta sfuggendo al tracciamento e che l'epidemia si sta diffondendo in maniera incontrollata.
Secondo i criteri pubblicati il 12 maggio (https://apps.who.int/iris/handle/10665/332073) e poi il 4 novembre (https://apps.who.int/iris/handle/10665/336374) dall'OMS, un tasso di positività inferiore al 5% indica un rischio basso o moderato per la popolazione. Dal 5 al 20 % il rischio è alto, la trasmissione è diffusa e non focalizzata in sottogruppi di popolazione
Vedremo che il Piemonte, sia nella prima ondata (dove limiti strutturali oggettivi e indicazioni contradditorie in materia, hanno accompagnato i ritardi regionali), sia nella seconda, il numero dei tamponi è cresciuto accompagnando il diffondersi dell'epidemia, crescendo anche il rapporto tra positivi e tamponi.
Naturalmente, questa evidenza chiara oggi, non era pacifica all'inizio dell'epidemia e questo è forse comprensibile. Ma in Piemonte è stata respinta a lungo, ancora a marzo inoltrato, e addirittura rimessa in discussione agli inizi della seconda ondata e al suo culmine, per nascondere evidenti limiti del sistema di tracciamento e test. E questo non è perdonabile.

3. Le linee nazionali sui tamponi e sui tamponi rapidi

All'inizio dell'epidemia Il Ministero indica chiaramente come "caso sospetto": casi sintomatici che avessero avuto un contatto con una persona proveniente da una zona a rischio.
Per caso sospetto una circolare ministeriale del 27 gennaio indica: "A. Una persona con Infezione respiratoria acuta grave – SARI - (febbre, tosse e che ha richiesto il ricovero in ospedale), e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e almeno una delle seguenti condizioni:
• storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
• il paziente è un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad eziologia sconosciuta.
B. Una persona con malattia respiratoria acuta E almeno una delle seguenti condizioni:
• contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
• ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
• ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCov".
(https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=72847&parte=1%20&serie=null)
I documenti 1997 del 22 gennaio e 2203 del 27 gennaio tuttavia non esplicitano l'indicazione di limitare il tampone ai soli casi sospetti. Ovviamente si indica necessario sottoporre a tampone i sospetti, ma non si vieta né sconsiglia di sottoporre a tampone gli altri.
Le linee sono ampliate già il 22 febbraio con la nota 5443 del Ministero della Salute: sindromi para influenzali con un legame epidemiologico con le aree interessate dal contagio, casi di distress o infezione

acuta respiratoria, casi di contatti stretti con covid19 o casi di lavoratori in strutture interessate dal contagio.
Inoltre viene specificato: "**I dipartimenti di prevenzione e i servizi sanitari locali valuteranno: eventuali esposizioni dirette e documentate in altri paesi a trasmissione locale di SARS-CoV-2; persone che manifestano un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, senza tener conto del luogo di residenza o storia di viaggio**, anche se è stata identificata un'altra eziologia che spiega pienamente la situazione clinica."
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73195&parte=1%20&serie=null
Ed è nell'ambiguità delle norme di gennaio e in questa successiva clausola di salvaguardia, che le regioni più intraprendenti ampliano via via la propria attività di somministrazione del tampone, anticipando le successive evoluzioni scientifiche e normative. Mentre invece il Piemonte si attiene ad una interpretazione estremamente restrittiva, per convinzione scientifica o politica o, più opportunisticamente, per coprire carenze strutturali ed evitare costosi interventi su strutture e approvvigionamenti.
Va riconosciuto che la questione del tampone agli asintomatici è comunque divisiva sia nella comunità scientifica, sia tra coloro che sono impegnati sul campo e chi invece gestisce le politiche sanitarie e aziendali, sia infine tra alcune regioni e governo centrale.
Il Consiglio Superiore di Sanità ancora il 27 febbraio, ritiene inutili se non dannosi i tamponi agli asintomatici, di cui si riscontrerebbe una minor carica virale.
https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73444&parte=1%20&serie=null
Lo scontro più significativo è quello fra l'igienista Walter Ricciardi, consigliere del ministro Roberto Speranza per le relazioni dell'Italia con gli organismi sanitari internazionali e la regione Veneto, che già in febbraio avrebbe fatto troppi tamponi, coinvolgendo anche persone asintomatiche al contrario di quanto suggerito dalle linee-guida dell'Organizzazione mondiale della Sanità, e avrebbe comunicato il risultato dei test positivi, prima della conferma dell'Istituto superiore di Sanità, sovrastimandone il totale. Lo scontro avviene a fine febbraio, con riferimento al caso di Vo Euganeo, mentre già a metà febbraio il professor Crisanti già ipotizzava di estendere il tamponamento agli asintomatici e la Regione Veneto prendeva tempo, in aderenza alle linee nazionali.
Il dibattito pubblico è tutto intorno al timore di passare da "untori" tra le regioni o al cospetto della comunità internazionale, covo di appestati da evitare, mentre effettuare il tampone agli asintomatici viene visto come uno spreco di risorse, indirizzate a chi non ha bisogno, evidentemente, di supporto medico. Una visione limitata, che non considera il potenziale infettivo di un positivo asintomatico (che pure alcuni studi ipotizzano meno carico viralmente). E che non ha colto il potenziale nazionale e internazionale dell'infezione: come dimenticarsi di certi – a dir poco sfortunati – aperitivi o video promozionali appena all'inizio dell'epidemia?
Finalmente il 16 marzo il dottor Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dichiarava in conferenza stampa: "La strada più efficace per prevenire le infezioni e salvare delle vite è rompere la catena di trasmissione del coronavirus, ma per farlo è necessario testare e isolare le persone contagiate. Non si può spegnere un incendio da bendati. E non possiamo fermare questa pandemia se non sappiamo chi è infetto. **Abbiamo un semplice messaggio per tutte le nazioni: test, test, test. Testate ogni sospetto caso di COVID-19, isolatelo e rintracciate tutti quelli con cui è entrato in contatto** negli ultimi giorni".

Da questo momento, anche il ministero della Salute abbandona una impostazione restrittiva e il 20 marzo fornisce, pur richiamando in coerenza le circolari precedenti che coerenti non sono del tutto, queste indicazioni: "Tanto premesso, nelle attività di rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria, sulla base di valutazioni caso per caso effettuate dall'operatore di Sanità Pubblica nella propria concreta attività, appare necessario identificare tutti gli individui che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso confermato o probabile di COVID-19, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso".

Per quel che concerne **i tamponi c.d. rapidi**, di cui si sono approvvigionate diverse regioni già durante l'estate 2020, la circolare ministeriale del 30 ottobre, la 35324 offre le prime indicazioni sul loro utilizzo. Sul tampone molecolare si specifica: "La rt-Real Time PCR è il "gold standard" per la diagnosi di COVID-19. La rilevazione dell'RNA virale di SARS-CoV-2 eseguita in laboratorio da campioni clinici (in genere tamponi nasofaringei o orofaringei) ad oggi rimane il saggio di riferimento internazionale per sensibilità e specificità ed è in grado di rilevare il patogeno anche a bassa carica virale in soggetti sintomatici, pre-sintomatici o asintomatici".
I test antigenici rapidi sono invece "strumenti potenzialmente utili soprattutto per le indagini di screening". Infatti "il test può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test (es. se il prelievo è stato eseguito troppo precocemente rispetto all'ipotetico momento di esposizione) o se il campione è stato prelevato, trasportato o conservato impropriamente. Per questo, i produttori di tali kit evidenziano che **un risultato negativo del test non esclude la possibilità di un'infezione da SARS-CoV-2 e la negatività del campione, a fronte di forte sospetto di COVID-19, dovrebbe essere confermata mediante test molecolare**"
(https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=76939&parte=1%20&serie=null)
Anche il successivo "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing", dell'8 gennaio 2021 (http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1374345.pdf) conferma che "il test molecolare rappresenta il gold standard internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità e specificità", mentre distingue diversi test rapidi. "Sono disponibili diversi tipi di test antigenico, dai saggi immunocromatografici lateral flow (prima generazione) ai test a lettura 5 immunofluorescente, i quali hanno migliori prestazioni. I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) hanno una performance simile 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"). I tempi di lettura dell'esame sono brevi, ma la sensibilità e specificità dei test di prima e seconda generazione tendono ad essere inferiori a quelli del test molecolare e variano sensibilmente in funzione del momento di prelievo del campione"

4. Il quadro normativo piemontese

- DGR 24 marzo 2020, n. 3-1157. La DGR dispone di inserire, tra le tipologie degli esami eseguibili nei laboratori analisi privati accreditati in possesso dei requisiti previsti in materia, le indagini diagnostiche connesse alla ricerca di COVID-19 su tampone rino-faringeo; fissa la tariffa di 80 EURO per il tampone rino-faringeo; dispone la facoltà per le ASL – con il coordinamento dell'Unità di crisi – di far ricorso a laboratori privati accreditati; dispone che l'esecuzione dei tamponi da parte di soggetti privati accreditati possa avvenire anche a domicilio del paziente.

- DGR 21 aprile 2020, n. 1-1253. La DGR promuove un piano di screening regionale con finalità epidemiologiche, finalizzato a verificare la risposta immunitaria nei confronti di SARS-CoV-2 del personale del SSR, tramite l'effettuazione di test immunometricoIgG semi quantitativo (test sierologico per le IgGantiproteine S1 S2 SARS-CoV2) e di estendere tale analisi ai medici specialisti ambulatoriali e agli operatori del 118 che operano nel Servizio Sanitario Regionale, nonché ai medici convenzionati (medici di base, guardie mediche e pediatri di libera scelta).
- DGR 5 maggio 2020, n. 2-1315. Con questa DGR la tariffa di euro 80,00 è ridefinita nella tariffa di € 58,65, quale remunerazione per la copertura dei costi sostenuti dalle strutture eroganti.
- DGR n. 1-1408 del 23 maggio 2020. Diventa operativo il nuovo protocollo della Regione Piemonte per la gestione dei test sierologici in ambito sia pubblico che privato. Approvato dalla Giunta regionale su proposta dell'assessore alla Sanità, Luigi Icardi, e predisposto dal coordinatore del piano regionale di prevenzione, il documento fornisce le indicazioni a tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nell'emergenza Covid.
- DGR 46-1699 del 17 luglio 2020. La DGR modifica la tariffa della prestazione "VIRUS SARS-COV-2 ACIDO NUCLEICO IN MATERIALE BIOLOGICO. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA" che è ridefinita in € 51,00, quale remunerazione per la copertura dei costi sostenuti dalle Strutture eroganti; per il periodo emergenziale la prestazione "VIRUS SARS-COV-2 ACIDO NUCLEICO IN MATERIALE BIOLOGICO. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA", potrà essere erogata, anche a favore di privati paganti, previo deposito presso il soggetto erogatore della prestazione che avrà obbligo di conservarla per la durata di un anno. Bisognerebbe però equiparare il tampone effettuato dai privati a quello effettuato dal pubblico. La dgr 46-1699 del 17-7-2020 prevede che il privato possa effettuare tamponi a pagamento, purché "per motivazioni non correlate allo stato di salute del paziente". Questo impedisce la possibilità di effettuare presso le strutture private sia il tampone per un sintomatico, sia il tampone di guarigione (davvero curioso, se nello stesso centro privato sono stato trovato positivo al tampone).
- DD 911/A1400A/2020 DEL 03/09/2020. Si approvano le Procedure di validazione dei laboratori per lo svolgimento dell'attività di indagine molecolare per la ricerca di Covid-19 su tampone oro-rino-faringeo concernente i laboratori privati, autorizzati e attrezzati per l'esecuzione in proprio delle indagini diagnostiche volte alla ricerca del SARS-CoV-2 tramite metodica RT-PCR 2. Si approvano inoltre le Procedure di autorizzazione dei punti prelievo di laboratori privati a raccogliere il tampone delle alte vie aeree (nasofaringeo/orofaringeo) per lo svolgimento, in altri laboratori validati, dell'indagine molecolare per la ricerca di Covid-19 su tampone oro-rino-faringeo.
- DGR 3 novembre 2020, n. 3-2190. Attivazione dei programmi di screening regionali mediante test rapidi per la ricerca dell'antigene SARS-COV-2 su tampone naso-faringeo

5. I tamponi molecolari in Piemonte nella prima ondata

All'arrivo dell'epidemia solo Amedeo di Savoia, Città della Salute e AOU Maggiore Carità di Novara disponevano di macchinari aperti per il processamento di tamponi molecolari. Questi ultimi sono compatibili con cartucce di reagenti di diversi produttori, anche di reagenti fabbricati in casa, ma richiedono ovviamente una specializzazione da parte degli operatori più alta. D'altronde, i macchinari chiusi, più performanti in termini di quantità, rapidità, affidabilità e semplicità, sono estremamente dipendenti dall'andamento delle forniture della marca compatibile. Amedeo di Savoia e Città della Salute, il primo per la sua specializzazione tradizionale, il secondo per la vocazione universitaria e di ricerca, sono rapidamente in grado di predisporre un reagente nei propri laboratori per analizzare i primi tamponi, in quantità estremamente ridotte.

Inizialmente le richieste di tampone vengono vagliate e autorizzate centralmente dall'unità di crisi, mediante richiesta a mezzo fax ai numeri 011.7725993 e 011.7740680 e vengono validati con un secondo passaggio dall'Istituto Superiore di Sanità a Roma (confermato ancora con la circolare 5443 del 22 febbraio). Le altre strutture laboratoriali hanno invece bisogno di approvvigionarsi sul mercato sia di reagenti compatibili, sia di macchinari appositi e più performanti e non è chiaro se questo debba avvenire direttamente o per tramite dell'unità di crisi.
In Piemonte la necessità di ampliare l'attività di tracciamento e diagnosi diventa via via oggetto di dibattito politico, emergendo l'imbarazzante distanza tra i numeri dei tamponi piemontesi e quelli delle altre regioni, che si discostano progressivamente dalle indicazioni nazionali.
Eppure **la risposta di Cirio e Icardi è di stretta aderenza burocratica alle indicazioni nazionali, comunque interpretate restrittivamente, anche di fronte alle evidenze che via via si affermano nelle regioni vicine**: Veneto, Lombardia e Emilia Romagna. Se si considera la retorica rispetto all'autonomia differenziata che ha caratterizzato i primi mesi di legislatura, la dissonanza è fortissima. Poco dopo il suo insediamento a capo di uno dei tanti gruppi di lavoro, sarà lo stesso Ferruccio Fazio a sostenere che nell'approccio del Piemonte al virus "serviva più coraggio e autonomia". "Un'enorme sciocchezza" secondo Icardi, che pure negli stessi giorni ammetteva il coraggio del Veneto su questo tema.
Per tutti i mesi di febbraio e marzo il Piemonte viaggia sostanzialmente alla cieca, senza conoscere la diffusione dell'epidemia sul suo territorio, colto via via di sorpresa dalla crescita dei dati ospedalieri.
Al 15 marzo il Piemonte ha eseguito un decimo dei test della Lombardia, un terzo dell'Emilia Romagna e meno di Toscana e Lazio. Al 31 marzo un quarto di Lombardia e Veneto, la metà dell'Emilia Romagna e ancora diverse migliaia in meno di Toscana e Lazio.
Difficile capire se dall'applicazione assolutamente restrittiva delle linee nazionali è disceso il ritardo nell'approntare un sistema di test adeguato o se, al contrario, l'incapacità (o la non volontà, per ragioni di sostenibilità economica o per convincimenti scientifici) di implementare la capacità del sistema piemontese di fare tamponi ha trovato nelle norme nazionali una comoda giustificazione.
In ogni caso la Regione verso la fine di marzo muta impostazione: "La nostra Regione, ad esempio, ha scelto a un certo punto di ignorare le indicazioni del Ministero e di procedere, appena ne abbiamo avuto la possibilità, a fare più tamponi e anche sugli asintomatici, che, oggi, la letteratura ci dice che hanno una ridotta capacità di trasmettere la malattia, ma in qualche caso possono trasmetterla; quindi noi in Regione Piemonte li vogliamo bloccare" ha dichiarato il direttore Aimar nel corso dell'audizione presso il gruppo di indagine. Dopo questo mutamento di impostazione, consegue un periodo necessario per recuperare una capacità operativa fino a quel momento carente.
Le altre Regioni infatti, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna già a gennaio e febbraio e nonostante le indicazioni nazionali, si sono adoperate per fare incetta, sul mercato nazionale, di reagenti e macchinari in gran quantità, rendendo arduo reperirne ai ritardatari. Evidentemente lo sforzo diagnostico restituisce subito un quadro più grave di quello piemontese, ma i dati delle ospedalizzazioni sono invece allineati. Con l'incremento della capacità diagnostica, si riallineano progressivamente anche gli altri dati.
A fronte del ritardo sull'indirizzo politico in materia, che si traduce in un ritardo sul mercato sanitario, il Piemonte sconta anche una difficoltà che proviene dal suo modello organizzativo e dal passato, **per lo smantellamento della rete diffusa di diagnostica molecolare e la sua concentrazione negli hub di Novara, Cuneo, Alessandria e Torino (San Luigi, Mauriziano, Città della Salute).** Durante il piano di rientro, con la DGR n. 50, la n. 1 del 2015 e la DGR n. 20 del 2018, infatti si è favorito un modello di concentrazione negli hub della diagnostica molecolare, come ad esempio realizzato con ancora maggiore concentrazione

dall'Emilia Romagna, mentre le scelte delle aziende sanitarie, per venire incontro agli operatori, hanno privilegiato macchinari chiusi, cioè che funzionano solo con i kit del fornitore della macchina.
Infine ancora fino a metà aprile vi era la possibilità di ottenere l'autorizzazione al tampone solo per i pazienti che fossero venuti a contatto stretto nei 14 giorni precedenti con un covid positivo accertato, di cui si conoscessero i dati anagrafici. Per cui i tamponi venivano fatti secondo **un criterio epidemiologico e non clinico.** Decine di pazienti con sintomi suggestivi per covid non sono mai stati tamponati e pertanto non sono mai stati ufficialmente quarantenati, diffondendo così il virus.
L'assessore Marnati, e con lui il prof. Dianzani come consulente, vengono coinvolti solo il 20 marzo, dopo le esplicite indicazioni ministeriali di allargare la ricerca dei positivi a tutti i contatti di positivi e quando è chiara la difficoltà piemontese in materia di tamponi.
Nelle avversità, il Piemonte può contare sulla presenza sul suo territorio di un importante player internazionale della biomedica, Diasorin, che a fine marzo consegna 14 macchine da 8 test per volta e si impegna a fornire 150 test a settimana a macchina. Tuttavia, nel corso del mese di aprile le consegne settimanali si riducono per l'apertura prepotente del mercato americano, dove Diasorin è molto presente. Le consegne calano fino a 48 a macchina a settimana.
In quarta commissione, al 17 aprile, si riferisce che "Relativamente al processamento dei tamponi, all'inizio della pandemia erano esigui a causa dei pochi laboratori a disposizione e del rispetto delle indicazioni dell'OMS e dell'unità di crisi. Ora il numero di laboratori è salito a 20 e con il kit di Diasorin, che restituisce il risultato in un'ora, la situazione è migliorata e si riesce a processare circa 5.000 tamponi al giorno. Le oscillazioni sono dovute a una serie di concause quali la turnazione del personale dedicato e la quantità limitata di reagenti".
La Regione ha anche comprato un macchinario al centro antidoping di Orbassano, ma mancavano i kit connessi, arrivati solo a giugno. Candiolo invece si attrezza a partire da sola con le sue macchine e si integra subito nel sistema regionale.
Tra aprile e maggio Tortona, Verbania, Biella hanno acquisito macchinari aperti per conto loro, in alcuni casi anche di seconda mano o giacenti nei magazzini. Sono le Asl che riescono a muoversi con più flessibilità e rapidità per la presenza di fondazioni alle spalle che finanziano gli interventi e superano le lungaggini burocratiche.
Alla seconda settimana di maggio il Piemonte riesce a fare 7.700 tamponi al giorno, ma con il contributo dei privati la capacità è anche superiore, fino a circa 10.000 teoricamente. Tuttavia, finite le Rsa il 29 maggio, si è fermata la spinta e si sono ridotte le richieste dal territorio.
Il 12 maggio, su La Stampa, l'assessore Marnati dichiarava: «Con l'acquisto dei macchinari, il potenziamento dei laboratori e la grande organizzazione - ha proseguito Marnati - siamo arrivati a una produttività massima teorica di 9 mila tamponi al giorno e una media ora attestata a 7700 al giorno. A giugno si potrà arrivare a 15 mila tamponi al giorno con un massimo di 20 mila che potrà essere superato nella fase successiva, in vista dell'autunno".

6. I tamponi molecolari in Piemonte nella seconda ondata

È un fatto che anche nel pieno dell'emergenza, **l'occhio dell'amministrazione regionale sia rivolto ai conti.** Un esempio è la gara per la realizzazione di tre maxi laboratori ad elevata capacità, che dovevano situarsi a Biella, Novara e La Loggia.
Una sistemazione che apre a polemiche, circa la scelta di investire su strutture nuove, fuori dal sistema sanitario, piuttosto che potenziare i laboratori esistenti. Un comunicato ANAOO recita: "i laboratori analisi pubblici esistono ancora, non devono essere creati dal nulla: funzionano. Alcuni di essi sono strutture

nuove e all'avanguardia, si fornisca loro strumentazione, si investa nelle risorse umane necessarie, non li si riduca a soli centri di smistamento, per di più verso i laboratori privati".
Alla stessa questione, posta dall'Ordine dei tecnici sanitari, il 4 giugno l'unità di crisi risponde che "nessun altro laboratorio abbia accettato di ospitare un'attività diagnostica totalmente dedicata specificatamente al Covid19". **Tuttavia è anche vero che la ricognizione dell'unità di crisi, è effettuata con lettera di sabato 2 maggio (che comunque contiene già l'indicazione di Novara, Biella e La Loggia, pur lasciando aperto a ulteriori candidature). E che il termine per rispondere è lunedì 4 maggio.**
La ricognizione è così superflua che già il 2 maggio Arpa, Università del Piemonte Orientale e Asl Biella scrivono al commissario Coccolo di avviare una procedura d'urgenza per l'acquisizione della strumentazione necessaria (nota firmata Paola Quaglino, Aurelio Malabaila, Claudio Santoro).
La gara, decisa evidentemente ad aprile, espletata a fine giugno, arriva a effettuare un ordine ridotto a luglio, che viene poi consegnato fine settembre: tempi biblici in un momento di emergenza. E che si intersecano con il periodo di relativa calma estiva, per cui, sussistendo differenze di vedute in giunta, si realizzano solo Novara e Torino, giudicandosi erroneamente più che sufficienti due nuove strutture. L'unica struttura che viene sacrificata, curiosamente, è l'unica in una azienda sanitaria, quella di Biella.
La direzione del laboratorio ARPA è in seguito oggetto di contestazioni giudiziarie: secondo il ricorso di un partecipante al bando, al direttore individuato mancherebbe la specializzazione in microbiologia.
Nella stessa ricognizione pro forma sui maxilaboratori, **si ipotizzava anche una gara centrale regionale per 13/15 linee diagnostiche aperte**, cui non viene dato immediato seguito, probabilmente perché giudicata superflua stante l'andamento dell'epidemia, nonostante le disponibilità raccolte entro l'8 maggio.
I dati confortanti dell'estate portano a un generale rilassamento, non solo sulle scelte per rafforzare il sistema pubblico di analisi, ma anche in termini produttivi, per cui il Piemonte sostanzialmente smette di fare tamponi nei mesi estivi.
In agosto il Piemonte fa la metà dei tamponi dell'Emilia e meno di un terzo di quelli del Veneto, ad esempio. I numeri bassi continuano anche nel mese di settembre fino a che, in ottobre, quando il dato comincia a riallinearsi con quello delle altre regioni, il Piemonte è nettamente avanti per incidenza di positivi e ospedalizzati.
Se inizialmente questo dato viene giustificato (Icardi "**Se facciamo meno tamponi di Emilia Romagna o Veneto, è semplicemente perché la nostra situazione epidemiologica al momento non mostra criticità, non ci sono focolai attivi che destano preoccupazione". Cirio: "non sono tanti o pochi ma sono quelli necessari in questo momento**"), successivamente (8/9/2020 – La Stampa) Marnati ammette che "oggi come oggi il problema non è il processamento dei tamponi ma la disponibilità del personale che deve farli". La ripresa autunnale ha dimostrato di quanto ci stava sbagliando.

Intanto, a fine maggio, SCR aggiudica una gara per un imponente numero di tamponi e reagenti per i laboratori delle ASR, con Disposizione del Consigliere Delegato n.198 del 29 maggio 2020.
Il 2 settembre viene quindi inaugurato il laboratorio di La Loggia, realizzato con 750.000 euro di investimento in collaborazione con Arpa e Università degli studi di Torino, che dovrebbe incrementare di ulteriori 1000 tamponi al giorno la capacità del sistema piemontese di fare fronte alla crisi e raggiungere così l'obiettivo dei 15000 tamponi / giorno. Una inaugurazione a metà: c'è solo un macchinario in grado di processare 500 tamponi al giorno, ce n'è un altro da 800 fermo a Malpensa e che – spiega l'assessore Marnati – anche venisse liberato subito non entrerà in servizio prima di una decina di giorni (La Repubblica – 2 settembre 2020). Continua peraltro il balletto sui giornali sulle capacità di questo laboratorio, 1000,

1300, 2000 tamponi al giorno, a volte per superare, altre volte per raggiungere la nota soglia pluriannunciata dei 15.000 tamponi al giorno, in quel momento ancora un miraggio.
Il 2 ottobre sul Corriere Marnati annuncia entro la settimana successiva l'entrata in funzione del laboratorio di Novara, con la capacità di 2000 tamponi al giorno.
Il blocco originariamente destinato a Biella è stato poi ordinato comunque in autunno, suddiviso tra Biella, Rivoli e Mauriziano, ed è arrivato a dicembre.
Il 25 settembre un documento del DIRMEI individua la capacità che i laboratori pubblici devono garantire secondo la tabella seguente, specificando che al momento la loro capacità è ridotta del 50% per la penuria di reagenti. Il ricorso al privato è necessario per salvaguardare uno standard accettabile per gli obbiettivi fissati dal ministero della salute e l'obiettivo dichiarato, 13.200, è comunque al di sotto del potenziale dato come acquisito più volte da Cirio e Marnati nei mesi precedenti di 15.000.

Documento Dirmei 25/9	**Produttività giornaliera**
ASO CDSS	700
ASO ASL CN	700
ASO NO	800
ASO AL	800
ASO SAN LUIGI	280
ASO MAURIZIANO	280
ASL AL	280
ASL TO1	1000
CT BORGOMANERO	564
ASL BI	120
ASL VC	150
ASL VCO	400
ASL TO3	240
ASL TO4	140
ASL AT	100
TOT	6554

Insomma, la realtà dopo gli annunci e le sottovalutazioni estive, è che il Piemonte all'inizio di ottobre riesce a processare nei suoi laboratori pubblici poco più di 3000 tamponi al giorno.
Lo stesso documento, individua in 12.786 tamponi al giorno la capacità necessaria per raggiungere lo standard fissato dal ministero e quindi ipotizza, oltre alla piena operatività dei laboratori pubblici, di attivare 2000 tamponi dai due "maxi laboratori" (1000 ciascuno UPO e ARPA, sempre meno di quanto dichiarato alla stampa) e di commissionarne 4232 ai privati, estendibili a 5000.
A questa capacità estremamente ridotta, per apprezzare davvero la capacità di tracciamento del Piemonte, si deve aggiungere che parte dei tamponi viene somministrata per altri scopi: tutti coloro che entrano in ospedale sono tamponati (con criteri e tamponi diversi, senza univoche linee guida), coloro che vengono ricoverati nelle RSA, periodicamente gli operatori sanitari sono (o dovrebbero, perché non mancano denunce in questo senso) essere sottoposti a screening, i pazienti dimessi, i tamponi di c.d. "negativizzazione". Facendone così pochi il Piemonte, quanti ne restano per lo screening?
A fine ottobre il sistema di contact tracing è completamente saltato, per cui l'8 novembre si stringe sui tamponi con delle nuove linee guida. Da un canto si apre ai tamponi rapidi anche in hotspot e drive

through, dall'altro gli asintomatici con un contatto con un positivo vengono rigidamente indirizzati alla quarantena, senza tampone, che viene riservato a sintomatici o asintomatici con un contatto in famiglia o conviventi con persone fragili. Il tampone molecolare viene riservato ai sintomatici suggestivi, chi ha sintomi lievi o contatto famigliare viene indirizzato all'antigenico (https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/aggiornate-indicazioni-sullutilizzo-dei-test-molecolari-antigenici).
A dicembre la situazione del contagio rallenta e nel contempo, apparentemente, il Piemonte si è riallineato con le altre regioni in termini di capacità di processare tamponi. **In realtà è solo il frutto dell'imputazione, erronea, dei tamponi rapidi nel conteggio dei tamponi effettuati, che dal 24 ottobre fino al 18 dicembre vede caricare oltre 200.000 tamponi in più (vedi infra).**
Il 22 dicembre, l'assessore Marnati rispondendo all'interrogazione n. 548 ammette una capacità massima dei laboratori pubblici pari a 9314 tamponi al giorno. A sei mesi dall'annuncio di poter processare 15.000 tamponi al giorno, siamo ancora al 60% di quanto annunciato.
Non solo: spalmando gli oltre 265.000 tamponi molecolari processati da privati nel 2020 dalla prima gara di SCR in poi (maggio 2020) per conto delle aziende territoriali, emerge una media di oltre 1200 tamponi al giorno processati da privati. Inoltre anche alcune aziende ospedaliere hanno commissionato alcune migliaia di tamponi in questi mesi.
Se escludiamo i mesi estivi, dove l'attività di tracciamento era molto – troppo – ridotta, possiamo facilmente ipotizzare che negli ultimi tre mesi del 2020 almeno 2000 tamponi al giorno fossero processati da privati.
Ad ogni buon conto, giovedì 10/12 una nuova circolare del DIRMEI stabilisce che non saranno più soltanto le persone sintomatiche che hanno avuto un contatto con un caso accertato di Covid ad essere sottoposte al tampone. Il test molecolare sarà effettuato anche a chi non presenta alcun sintomo ma è stato segnalato tra coloro che nel periodo considerato a rischio sono stati vicini, sia in ambito familiare, sia lavorativo o sociale con chi è risultato positivo. La regione annuncia anche i tamponi gratuiti rapidi agli over 65, ma non si conoscono gli esiti di questo annuncio.
La proposta di uno screening di massa sul modello coreano, avanzata dalle opposizioni in assestamento di bilancio, è respinta per ragioni di dispendio economico e organizzativo, mentre verrà approntato un meccanismo di screening per il personale scolastico e parte della popolazione studentesca.

7. Problematiche di accesso al tampone, fase 1

Nei primi giorni, il tampone va richiesto via fax direttamente all'Unità di crisi, adeguatamente motivato: un numero indeterminato di richieste non riceve risposta o riceve un diniego immotivato. Il commissario Raviolo imputa l'esito alla carenza di motivazione di molte richieste; d'altro canto i medici di base lamentano scarsità di indicazioni in questo senso e un ulteriore sovraccarico di lavoro.
Nella seconda fase la richiesta avviene tramite mail al Servizio di igiene e sanità pubblica. Infatti in base all'articolo 26 del decreto del 14 marzo quando il medico ipotizza che ci sia la possibilità di un caso positivo al coronavirus deve segnalarlo al SISP. Questo è incaricato di effettuare il monitoraggio del paziente, valutare se somministrare il tampone e, nel caso il tampone sia positivo, provvedere ai due successivi tamponi per certificare l'avvenuta guarigione.
I SISP tuttavia soffrono di un cronico e storico sottodimensionamento, per cui non riescono a far fronte al progressivo aumento delle richieste, che arrivano tramite email da parte dei medici di medicina generale. Rispondendo all'interrogazione 473, il 3 novembre l'assessore alla sanità rileva che "negli ultimi vent'anni, le attività del Dipartimento di Prevenzione, in particolare i SISP, sono sempre state quelle tagliate" e per

questo le ASR “non hanno limiti di spesa nell'assunzione di personale e anche nello spostamento di personale dove è necessario”.
Nei mesi di marzo e aprile si moltiplicano i casi di ritardi e mancati riscontri, **fino a che non emerge il caso delle c.d. “mail scomparse”.**
Un numero imprecisato di mail non viene mai aperto dal personale addetto, poiché le segnalazioni che gli stessi medici avevano inviato via mail su casi sospetti positivi sono state bloccate da una casella di posta rapidamente ingolfata dalla raffica delle segnalazioni; parte dei pazienti non sono stati ricontattati, altri sono stati “recuperati” parecchi giorni dopo.
La procura ha aperto un’indagine per omissione di atti d’ufficio, che viene archiviata a ottobre perché le mail perdute sarebbero state solo 118, in quattro giorni (numeri di gran lunga inferiori a quelli stimati dallo stesso Testi quando il caso balza agli onori delle cronache).
A marzo e aprile, ad un’altra tranche di mail, il sistema risponde in automatico, specificando che: “Potremo prendere in carico la tua segnalazione solo nel caso in cui siano disponibili i dati anagrafici del caso covid positivo”. Anche in questo caso non è dato sapere quanti casi non vengono presi in esame per via di questa richiesta impossibile, a fronte della quale l’assessore Icardi – nella trasmissione Report – si impegna a correggere appena possibile questa risposta automatica.
Il 9 marzo viene coinvolto in unità di crisi il CSI per sviluppare soluzioni informatiche adatte a gestire flussi di dati che diventano via via più importanti. In questo ambito, il 30 del mese viene presentata alla stampa la piattaforma covid19, basata su infrastruttura cloud, per gestire in tempo reale tutte le informazioni cliniche ed epidemiologiche in possesso dei vari attori coinvolti, dando loro la possibilità di analizzarle e prendere decisioni in tempi stretti. Progressivamente vengono implementati sia gli attori che possono agire sulla piattaforma o su parte di essa, sia le informazioni che possono essere caricate e visualizzate.
La distribuzione delle credenziali incomincia dal 7 aprile e su questa piattaforma sarà possibile per il medico di base caricare la richiesta, che poi viene processata dal SISP e quindi liberata per l’esame.
Un altro enorme ostacolo per la prima ondata è costituito dalla richiesta di indicare un contatto di covid positivo accertato: praticamente impossibile visto l’esiguo numero di tamponi. Ed è così, **applicando solo criteri epidemiologici e non clinici**, che il tampone è rimasto inaccessibile quando sarebbe servito. Poiché le posizioni dei decisori cambiano nel tempo e non mancano incoerenze, resta impossibile capire se il criterio è stato difeso per tutelare un sistema non in grado di processare più tamponi o se, al contrario, si è evitato di implementare il sistema di processamento dei tamponi perché, grazie ai criteri restrittivi, persisteva una bassa domanda.
In ogni caso, i numeri di maggio, finalmente in linea con le altre regioni, conseguono il monitoraggio delle RSA e l’invio al tampone, inutile, di quanti erano risultati positivi al sierologico.
Man mano che si consolidano le tendenze, tra prima e seconda ondata una difficoltà resterà costante: il **crollo delle prestazioni nel fine settimana**. Si conferma un ciclo settimanale di contagi, per cui il giovedì e il venerdì si raggiunge un picco di contagi (e di tamponi effettuati) e un conseguente crollo fino a lunedì, per poi tornare a vedere una crescita. Nella prima parte della settimana si raccolgono le esigenze diagnostiche che finiscono per essere soddisfatte nella seconda parte della settimana, poi il servizio raggiunge i minimi nel weekend.
Un’oscillazione importante, per cui i dati del minimo della curva raddoppiano al picco settimanale.

8. Problematiche di accesso al tampone, fase 2

Già ad agosto si registrano casi di ritardi tra la segnalazione del medico e l’effettuazione del tampone, tra la presa in carico del positivo e l’effettuazione dell’attività di tracciamento, tra l’effettuazione del tampone e

la consegna del risultato. Nei weekend di agosto il sistema del SISP e dei laboratori è sostanzialmente fermo e confronti informali indicano nella turnazione legata alle ferie questi rallentamenti. In mancanza di rinforzi sul personale, i responsabili dei servizi hanno comunque ritenuto di non sacrificare il personale più di quanto non abbiano già dovuto fare durante i mesi più duri della primavera. Un'attenzione condivisibile, ma che congiunta col mancato rinforzo dei servizi di prevenzione e dei laboratori rallenta un nodo fondamentale del sistema di contenimento del virus. Specie quando i numeri dei contagi sono bassi è infatti importante tracciare con tempestività e accuratezza tutti i contatti dei positivi, ai fini di azzerare la trasmissione del virus. Il personale delle USCA viene in parte indirizzato a supporto dei SISP, stante il numero basso di contagiati, ma questo non basta e produrrà resistenze e ritardi a tornare al compito originario quando si rialzerà la curva dei contagi.

Il dubbio è che un numero importante di positivi stia sfuggendo al tamponamento e al tracciamento, mentre si fanno largo i primi inquietanti interrogativi sulla tenuta del sistema nel momento in cui la curva dei contagi dovesse alzarsi in maniera più significativa.

A fine settembre il tempo di attesa tra la segnalazione del medico curante e l'esecuzione del tampone da parte delle Asl è in aumento. In alcuni casi si supera la settimana di attesa. È evidente che il sistema è già in affanno.

In particolare, già il 30 settembre, nel corso dell'audizione del CSI in seno al gruppo di indagine sulla gestione dell'epidemia da Covid19 istituito dal Consiglio Regionale del Piemonte, è emerso che intercorrono mediamente 24 ore tra la richiesta di tampone effettuata dal Sisp e l'effettuazione dell'esame. Manca, tuttavia, la rilevazione del dato del tempo intercorrente tra la segnalazione del medico di base e la richiesta del Sisp (rilevazione che, richiesta, non viene mai fornita, ma sulla quale ci sono segnalazioni di 4, 5 anche 6 giorni d'attesa).

I capigruppo di opposizione, inascoltati, propongono unitariamente di sviluppare un sistema di alert per battere il tempo alla presa in carico del sisp. Inoltre, in seconda battuta, di far richiedere il tampone direttamente dal MMG. Questa istanza sarà accolta solo dal 3 novembre e in misura ridotta: gli slot disponibili alla prenotazione diretta da parte del medico di medicina generale sono pochissimi e si esauriscono nelle prime ore della giornata, ingenerando ulteriore frustrazione in pazienti e medici.

L'assessore Icardi, rispondendo all'interrogazione n. 473 ha affermato che "quando si studiò il sistema della possibilità di far richiedere ai medici di base il tampone, furono proprio i rappresentanti dei medici a dire: "Guardate che noi siamo 4.000. Se ognuno di noi richiede tre o quattro tamponi, superiamo largamente la potenzialità della Regione di fare i tamponi" e si mise questo blocco".

Il 12 ottobre Testi, direttore del dipartimento prevenzione, lancia l'allarme: "Il personale è la metà di quello previsto: siamo 50 e dovremmo essere in 100; dobbiamo snellire le procedure, se no non riusciamo a stare dietro ai casi".

I punti di accesso al tampone sotto letteralmente presi d'assalto. A Castellamonte la coda comincia a formarsi dalle 5 del mattino e lo stesso Sindaco è costretto a improvvisarsi vigile urbano.

Domenica 18 ottobre resta aperto in Piemonte solo l'hotspot di Settimo torinese: si sviluppa una coda alle due di notte per oltre 4 km. I dirigenti dell'Asl dichiarano che, in ogni caso, l'asl non riesce a processare più di 1500 tamponi.

Anche a Chieri il 28 ottobre si registrano 300 auto in coda, mentre nel punto di Carmagnola attese oltre le sei ore.

Le code eccedono la capacità degli hotspot che spesso devono mandare via la gente, mentre i laboratori non reggono la richiesta e sono costretti a ricorrere al privato o a congelare i tamponi in attesa dei reagenti, come accaduto a Rivoli, dove ANAOO denuncia la carenza di reagenti.

Nel corso del mese di novembre, grazie alla predisposizione di nuovi hotspot, alle restrizioni sui criteri d'accesso e al lavoro delle farmacie, unitamente agli effetti delle misure di contenimento, la situazione torna progressivamente sotto controllo.
Nel corso del gruppo di lavoro dell'11 febbraio il prof. Costa, membro del gruppo degli epidemiologi, rileva un'altra problematica inaffrontata. Il sistema di tracciamento, indipendentemente dai numeri che è in grado di gestire, non sistematizza i dati e non raccoglie i dati del tracciamento in formato aggregabile. Ogni caso è trattato in maniera autonoma dagli altri. Questo impedisce di incrociare le diverse catene di trasmissione e non permette di elaborare dati statistici relativi ai luoghi del contagio. Informazioni, queste ultime, che avrebbero potuto utilmente orientare (e giustificare agli occhi dell'opinione pubblica) le scelte in materia di misure di contenimento: chiusure, limiti all'afflusso, utilizzo di dpi, rilevazioni della temperatura, etc…
A questo scopo giace senza risposta una proposta di Sistema di sorveglianza delle vie di trasmissione COVID-19 in Piemonte (Caso Controllo), elaborato da Lorenzo Richiardi, Milena Maule e Giovenale Moirano (CPO-UNITO), Paolo Vineis (Imperial College UK), Giuseppe Costa (SEPI- UNITO). L'idea è che dopo il risultato del tampone, i casi e i controlli ricevono via sms un link a un questionario anonimo online con invito alla compilazione. L'invito specifica che il questionario ha solo finalità statistiche e per questo è anonimo e la compilazione è facoltativa. I dati sono raccolti tramite il software REDCap o applicativi analoghi e ospitati sui server CSI.

Agli inizi del 2021 un'altra problematica zavorra il lavoro dei SISP. Nel corso dei lavori del 4 febbraio del gruppo di indagine, i responsabili dei SISP piemontesi hanno rappresentato come i SISP, che nella prima ondata sono stati rinforzati con personale "prestato" da altri servizi, nel corso della seconda ondata hanno proceduto al reclutamento di giovani medici neolaureati che nel corso di questi durissimi autunno e inverno hanno saputo impegnarsi con passione e competenza, formandosi sul fronte della pandemia.
Ora è arrivato per molti di loro, oltre la metà secondo le stime espresse in audizione, il tempo di cominciare la specializzazione e le rigidità del percorso formativo li obbliga a abbandonare il posto. Si dilapida così una grande esperienza e si rischia di non poterli sostituire, agli albori di una terza fase che si preannuncia cruenta.

9. Il ricorso ai laboratori privati

La prima gara di SCR (n. 51), scadenza per le offerte il 14 maggio per commissionare tamponi a istituti privati individua cinque soggetti.
Con la nota 45562 del 25 settembre il DIRMEI richiedeva la proroga fino ad aprile 2021 della gara. Si tratta di quantitativi modesti, dai 400 (per 30,62 euro) della Fondazione piemontese per l'Oncologia ai 4.000 di Synlab (per 57,9 euro).
La seconda gara viene aggiudicata il 12 novembre, individuando 9 soggetti. Il primo è il Dantelab, che offre 80.000 tamponi/giorno per 14,76 euro; prezzi e quantità incomparabile con gli altri 8 che stanno fra i 30 e i 50,99 euro, per quantitativi tra le centinaia e alcune migliaia al giorno.
Un tema aperto è quello dei costi, perché a parte il caso strano del laboratorio de L'Aquila, non ci sono scostamenti significativi che giustifichino il ricorso al privato. Il maxilaboratorio di Novara si attesta a 40 euro/tampone. Idem Arpa.
Verosimilmente c'è un tema di quantitativi di reagenti acquistati sul mercato, unito alla possibilità di una organizzazione più flessibile che consente il pieno sfruttamento dei macchinari.

Nel corso del 2020, dalle aziende territoriali, vengono inviati ai laboratori privati 265.983 tamponi, la maggior parte dei quali nel corso del secondo semestre dell'anno.

AT	**CN2**	**CN1**	**VCO**
23.917	4.997	22.224	4.096
TO1	**TO3**	**TO4**	**TO5**
34.406	34.709	85.301	56.333
BI	**AL**	**NO**	**VC**
Zero invii	Non risp	Zero invii	Zero invii

Considerando che manca una azienda non ha risposto e che le Aziende Ospedaliere hanno complessivamente inviato poche altre migliaia di tamponi, una media non ragionata distribuisce circa 1.200 tamponi al giorno nel corso del 2020 processati da privati. Tuttavia è verosimile che la maggior parte di questi invia si avvenuta gli ultimi mesi del 2020.
È altresì da registrarsi come, sul quadrante Nord, l'efficacia dell'apertura del laboratorio di Novara abbia evidentemente avuto un effetto di contenimento dell'invio a privati.

10. La campagna di test sierologici

Esistono due tipologie di test sierologici: qualitativi e quantitativi la cui sostanziale differenza sta nella metodologia di analisi: nei test qualitativi si stabilisce solo se una persona ha sviluppato o meno degli anticorpi, secondo una logica positivo/negativo, nei test quantitativi vengono dosate le quantità di anticorpi.
Anche la modalità con cui si effettuano cambia: i test qualitativi sono test rapidi, in cui è sufficiente una goccia di sangue, che viene esaminata in un kit portatile e si ottiene riscontro immediato, come ad esempio il test di gravidanza. I test sierologici quantitativi, invece, richiedono un prelievo di sangue e uno specifico analizzatore in dotazione alle strutture sanitarie.
I test sierologici danno solitamente due risultati, relativi agli anticorpi IgG e IgM. Gli anticorpi IgM sono anticorpi specifici che si manifestano nella seconda fase della malattia, circa 3/6 giorni dopo i primi sintomi. Gli anticorpi IgG si manifestano nella fase di guarigione e rimangono nell'organismo per alcune settimane dopo essere stati contagiati. Il primo dato da considerare riguardo a questo tipi di test, è quindi la loro incapacità di rilevare la positività del soggetto nelle prime fasi dell'infezione. Si può essere negativi ma essere allo stesso tempo contagiosi.
La seconda osservazione da fare è che non tutti i kit presenti in commercio rispondono ai necessari requisiti di affidabilità richiesti. Le aziende che desiderino immettere sul mercato i loro prodotti ne assemblano i vari componenti per poi ottenere la certificazione CE. Successivamente, devono sottomettere il dossier completo del prodotto all'ufficio competente dell'OMS per un processo di pre-qualifica e pre-validazione..
Infine è necessaria la sottomissione della documentazione al Comitato Medico Scientifico (CTS) della Protezione Civile, al Presidente dell'ISS e poi al Ministero della Salute. Il vero problema è che la gran parte di questi test ha provenienza extra-europea, cosa che offre minori garanzie di affidabilità, e fin dai primi mesi di utilizzo sono stati rilevati numerosi casi di falsi negativi.
Proprio per le ragioni sopra espresse La circolare del 3 aprile 2020 del Ministero della Salute riporta testualmente 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".
In un documento del 22 aprile dell'associazione italiana di epidemiologia, il professor Vineis, specificava che: "Sono in corso diverse iniziative per misurare gli anticorpi anti-Sars-CoV-2 in popolazioni. Da un lato risulta già in uso in diverse realtà la misurazione degli anticorpi al fine di identificare persone "protette" e che pertanto potrebbero essere reimmesse in una normale vita sociale e lavorativa. **Questo uso dei test anticorpali è del tutto improprio e prematuro** come argomentiamo in seguito. La seconda finalità è per la conduzione di indagini sieroepidemiologiche di prevalenza […] Chiariamo che non esiste al momento attuale **alcuna certezza circa l'uso di test sierologici (e tantomeno quelli commerciali)** a fini diagnostici individuali e dunque neppure per "certificati di immunità", per esempio per allentare il lockdown per individui o categorie. L'AIE si è già espressa su questo tema con un position paper del 10 Aprile a cui si rimanda".
Il giorno dopo il professor Vineis entrava nell'unità di crisi quale supervisore della pianificazione strategica della nuova dell'emergenza.
Nonostante queste premesse, a partire da metà aprile in Italia si decide di utilizzare questo tipo di test, ma non come sostituto del classico tampone, ma come strumento di indagine epidemiologica. A livello nazionale si bandisce dunque una gara per l'acquisto di test sierologici, e proprio nello stesso frangente una gara analoga viene bandita in Regione Piemonte.
A Roma il commissario straordinario bandisce una gara nazionale per l'acquisto di 150.000 test sierologici il 17 aprile e il 25 aprile se la aggiudica Abbot.
In Piemonte la DGR 21 aprile 2020, n. 1-1253 dispone infatti l'attivazione di un piano di screening tramite test sierologici a favore del personale del SSR, dei medici specialisti ambulatoriali, degli operatori del 118 e dei medici convenzionati.
Per fare ciò viene bandita una gara per l'acquisto di 70.000 kit, parallela a quella nazionale, che viene aggiudicata in soli 4 giorni (n. 49-2020, importo 920.000 euro). Mentre a livello nazionale la gara ha premiato in modo preponderante la qualità dei kit, assegnando la vittoria al produttore Abbott, in Piemonte il criterio di aggiudicazione premia il prezzo, ed al primo posto si classifica il produttore Diasorin (con sede a Saluggia), che vince per 1 solo euro di differenza a kit, nonostante una affidabilità inferiore. Diasorin infatti dichiara 90,4% di sensibilità (limite richiesto 90%) e 98,5% di specificità; Medicalsystem 91,2% e 97,33%, Abbot 100% e 99,63%.
Non essendo però in grado di fornire in tempi rapidi tutti i kit richiesti, vengono ammessi anche altri due produttori, Abbott e Medicalsystem. L'uso di tre kit differenti e la selezione quale campione del personale del SSR, di certo non un campione rappresentativo statisticamente della popolazione, porta a dubbi significativi sull'interesse scientifico dell'indagine.
Una seconda gara dei sierologici è la 84 – 2020 per un importo presunto di 420.000 euro, data di conclusione del contratto d'appalto25/06/2020 e criterio di aggiudicazione secondo il prezzo.
Subito dopo l'inizio dei test al personale del SSR, anche i datori di lavoro chiedono di essere autorizzati a fare test sierologici ai propri dipendenti e i laboratori di analisi privati ad analizzare tali test.
Nella nota n. 14172 del 29 aprile 2020, l'Assessorato della Regione Piemonte (a firma Dott. Ripa, Rossini ed Aimar) specifica che, a seguito di "molteplici richieste formulate dai soggetti datoriali", viene richiesta da parte di questi soggetti la effettuazione di test sierologici "al fine di identificare:

- Persone che abbiano maturato una risposta anticorpale;
- Persone con IgM positive e che pertanto potrebbero essere sottoposte a ulteriori analisi onde prevenire il diffondersi del contagio all'interno delle proprie organizzazioni".

La stessa nota puntualizza che non possono effettuarsi indagini epidemiologiche su singoli privati.
Si permette così che i datori di lavoro possano fare i sierologici a patto che il Medico Competente lo ritenga opportuno, "pur sussistendo ancora incertezza circa la reale affidabilità dei risultati dei test e circa la durata e l'efficacia della risposta anticorpale". Questi sierologici possono essere fatti nei laboratori privati con qualunque tipo di test (sia sulle IgG sia sulle IgM sia entrambe) senza nessun controllo della qualità. È da ricordare infatti come, nell'ambito della gara nazionale, su 76 tipologie di test presentate, 72 non sono risultate idonee perché troppo poco affidabili. In Regione Piemonte invece si attesta che i privati le possono comunque utilizzare.
Con la nota n. 14587 del 4 maggio, la Regione cambia repentinamente idea e stabilisce che, nonostante a livello nazionale i test sierologici non siano riconosciuti strumento di diagnosi, possono essere fatti anche dai privati cittadini.
La nota del 6 maggio assegna alle commissioni di vigilanza il compito di fornire indicazioni ai laboratori privati per districarsi nella giungla dei test disponibili sul mercato, ma non c'è un vincolo né per loro né per i privati.
Il ricorso a questa campagna è contestato da ANAOO Piemonte: "malgrado vi siano ancora molte incertezze, si è assistito ad una corsa alla sierologia: sono stati autorizzati i test sierologici per i cittadini nei centri privati, che si sono organizzati rapidissimamente e che utilizzano test sulla cui accuratezza si lascia ampia libertà (i test per anticorpi anti SARS-nCoV-2 su digipuntura sono pessimi in termini di accuratezza). L'Ordine dei Medici infatti sconsiglia in quel frangente l'esecuzione del sierologico da parte dei privati cittadini, e lo stesso Assessore li definisce "consentiti, seppur sconsigliati".
Il problema maggiore è che il tampone successivo, in caso di IgG positive, è a carico del SSN, il che aumenta la spesa sanitaria, intasa il sistema, determina l'utilizzo inutile dei tamponi e l'inappropriatezza prescrittiva".
Anche l'Assessore Icardi si accorge dell'enorme nuova richiesta di tamponi. Il 15 maggio, attraverso un'intervista, dichiara che il sistema non può reggere "l'onda anomala" dei sierologici effettuati dai singoli cittadini, poiché un esito positivo determina la richiesta di un tampone da parte dei medici di base. Pertanto chiede al Ministro Speranza "una strategia per la gestione degli esiti del test sierologico quando a sottoporsi agli esami sono i privati cittadini".
Impossibile non notare incoerenza fra le aperture indiscriminate al test e gli allarmi successivi.
La confusione delle direttive regionali su come trattare i risultati di tali test, fatti in gran numero ma poco affidabili, è forte. A Vercelli una prima nota segnala per i positivi che "non essendo in grado di escludere la positività ancora in corso, richiederà di eseguire il tampone", mentre pochi giorni dopo il coordinatore straordinario per l'emergenza Covid-19 dell'Asl Vercelli Pietro Presti invia una nota secondo cui: "In considerazione del ruolo e del lavoro svolto dai medici di medicina generale, in particolare in questo periodo di emergenza, il medico con Igg positive non sarà messo né in isolamento fiduciario, né in quarantena, ma sarà sottoposto a tampone nel più breve tempo possibile". Alla Città della salute non si procede a quarantena per i positivi, all'Asl To 5 invece sì, in attesa di tampone.
Quanto questa corsa al sierologico ha portato nelle tasche dei privati e quanto è costata al pubblico anche solo in termini di tamponi conseguenti, è impossibile da sapere.
Intanto a fine maggio i dati sul test del personale sanitario non sono confortanti. L'assessore Marnati dichiara ai giornali che solo l'1% ha le IgG positive, mentre il dato comunicato dall'unità di crisi è un poco più alto, ma comunque basso (3-7%).

11. I tamponi rapidi

Nel corso di una conferenza stampa del 21 ottobre, il presidente Cirio annuncia l'arrivo di un milione di test rapidi comprati aggregando il Piemonte a una gara veneta e la possibilità per i medici di medicina generale di prenotare direttamente i tamponi (ma questo non sarà possibile prima del 3 novembre – due settimane dopo l'annuncio – e limitatamente a un numero ridotto di slot).

Lo strumento del tampone rapido, che permette di avere un risultato decisamente in fretta a fronte di un tasso di accuratezza più basso (che cambia a seconda delle generazioni di test) e comunque operatore dipendente, viene presentato come messo a disposizione delle strutture ospedaliere pubbliche per il triage precedente all'ingresso in struttura, fornito alle RSA, e immediatamente disponibile per i cittadini a pagamento presso medici di base e farmacie.

Per quello che riguarda le RSA, un comunicato stampa della regione del 30 ottobre specifica "700.000 tamponi rapidi nelle Rsa e residenze anziani con uno screening ogni 15 giorni (la prima partita da 70.000 è stata consegnata il 26 ottobre, le altre sempre da 70.000 lo saranno il 9 novembre, 23 novembre, 7 dicembre, 21 dicembre, 4 gennaio, 18 gennaio, 1° febbraio, 15 febbraio, 1° marzo); 15.000 nelle residenze per disabili, 12.500 nelle residenze per minori, 20.000 nelle residenze psichiatriche, 5.000 nelle residenze per persone affette da dipendenza".

Al 18 dicembre vengono espunti 223.337 tamponi rapidi dal conteggio dei tamponi piemontesi, effettuati dal 24 ottobre (comunque meno della somma dei soli tamponi forniti alle RSA, che sarebbe 280.000 a quel momento: vuol dire che nelle RSA se ne stanno accumulando inutilizzati? Quanti sono quelli utilizzati fuori dalle RSA? Forse non vengono caricati tutti?).

Martedì 2 febbraio in IV Commissione, l'assessore Marnati ha spiegato che nei magazzini ci sono circa 96mila test rapidi di prima generazione e 230mila di seconda, mentre non è ancora partito un ingente acquisto di test rapidi di terza generazione, che già a inizio gennaio (http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1374345.pdf) venivano raccomandati dal Ministero.

L'impiego di tamponi di prima e seconda generazione in Piemonte è massiccio e al di là delle contestazioni sui numeri, porta anche a rimostranze da parte dei gestori delle RSA ed è all'origine, per via della loro minor accuratezza, del focolaio del San Giovanni Bosco, che il 21 gennaio coinvolge 40 persone, tra personale e pazienti.

Uno dei punti di confusione che l'introduzione del tampone rapido aumenta è infatti la mancanza di criteri uniformi sul territorio regionale per la gestione dei pazienti in pronto soccorso: inizialmente vengono fatti i tamponi rapidi anche per il ricovero nei reparti. A seguire ogni pronto soccorso valuta diversamente se fare tamponi a tutti, solo a chi si ricovera, o solo a chi ha sintomi. Mancanza che attraversa tutta la seconda ondata fino alla terza.

12. Il pasticcio delle farmacie

Per quello che riguarda le farmacie, la sera in cui il Presidente Cirio annuncia l'arrivo dei tamponi rapidi, il 21 ottobre, un comunicato di Federfarma ai propri associati li informa di aver appreso la notizia dalla conferenza stampa stessa, di essere "in attesa di acquisire il testo della delibera" e che "dalla prossima settimana le farmacie potranno mettere a disposizione degli utenti un apposito servizio a pagamento di effettuazione a domicilio di tamponi".

Notevole che il presidente Cirio si fosse appellato allo stesso presidente di Federfarma nella sua conferenza stampa.

Davanti alle telecamere infatti Cirio sostiene: "Le farmacie invitano le persone interessate a fare il test rapido a recarsi personalmente in farmacia per prenotare il test. Il test non si fa in farmacia, in farmacia lo

prenoti. La farmacia prende nome, cognome e indirizzo, ti fa compilare il modulo e ti rimanda a casa. Ti arriverà a casa l'infermiere inviato dalla farmacia e ti fa il test e poi ti consegna il risultato. Questo è molto importante perché il test non si fa in farmacia. In farmacia si prenota e la farmacia te lo viene a fare a casa".
Al momento delle domande viene richiesto: "**da quando esattamente comincia tutto questo sistema dei tamponi rapidi? In particolare da quando si troveranno in farmacia?" e Cirio risponde: "I tempi sono già attuali. La delibera l'abbiamo assunta ieri, quindi le farmacie da oggi sono in grado di ricevere le prenotazioni**. Il Presidente di Federfarma mi ha autorizzato a dire questo e io ve lo ridico. La gente si rechi in farmacia e chieda informazioni perché basta prenotare in farmacia. In farmacia ti prendono il nome e poi ti contattano, quindi te lo prendono già immediatamente e poi ti daranno l'appuntamento per mandarti l'infermiere".
Ancora il 23, Federfarma ribadiva che "dalla prossima settimana sarà operativo un apposito servizio di effettuazione a domicilio in regime privato di tamponi […] Rispetto alle anticipazioni fornite, la delibera regionale, il cui testo è stato successivamente reso disponibile, prevede anche la possibilità di effettuare i test sierologici (ma non i tamponi) direttamente in farmacia".
Il 26 una ulteriore circolare di Federfarma, atteso le prime notizie di stampa sul disservizio e la crescente richiesta dell'utenza, indicava per giovedì 29 l'apertura del servizio.
Ma la carenza di infermieri renderà impossibile la partenza del servizio, come ammetterà il 30 la stessa Federfarma. Il 6 novembre Cirio recriminerà a sky tg 24 "non possiamo rispondere dei privati che non si attengono agli accordi", causando la replica piccata di Federfarma: "abbiamo chiesto di allargare la platea dei professionisti, come gli operatori socio sanitari, da adibire a questo incarico, ma al momento non ci risulta che sia stata approvata alcuna delibera a riguardo".
A novembre il presidente di Federfarma, Mana, ipotizza un'altra strada, legata al ricorso ai tamponi rapidi "fai da te", in cui il prelievo nel setto nasale viene effettuato dal paziente stesso. Ma anche questa strada resta senza esito.
Il nodo si risolve prima delle festività natalizie con la progressiva autorganizzazione delle farmacie, che reperiscono sul mercato infermieri o medici e approntano spazi, spesso esterni, per la somministrazione del tampone.
Ancora il 3 dicembre l'assessore Icardi non lasciava intentata la strada di aprire anche ai farmacisti: "Chiedo alla Conferenza delle Regioni di farsi carico presso i Ministeri competenti della richiesta, condivisa dalle Regioni, di abilitare prontamente, con idoneo provvedimento normativo, il personale farmacista laureato all'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi". Tuttavia alle sue richieste non c'è risposta da parte del ministero.

13. Il caso della tabella nazionale

La diffusione del ricorso al tampone rapido provoca un oggettivo sollievo a una macchina intasata, rendendo più veloce l'accesso e minori le attese.
Fino a metà ottobre il quantitativo piemontese di tamponi continuava ad essere significativamente basso rispetto alle regioni più popolose di Italia, con un tasso di positività decisamente alto.
Dalla seconda metà di ottobre i numeri cominciano a riallinearsi.
Tuttavia il riallineamento con le altre regioni è solo un "effetto ottico" provocato dall'imputazione dei dati da tampone rapido a partire dal 24 ottobre, mentre le altre regioni caricano soltanto quelli molecolari.
Alcune di queste ricorrono comunque poco a questo strumento, altre invece (Veneto, Lazio…) l'hanno fatto massicciamente, ma comunicano correttamente solo i dati dei tamponi molecolari.

Venerdì 18 dicembre la tabella sui dati epidemiologici che diffonde il Ministero della salute riporta anomalie importanti rispetto a quella del giorno prima.

REGIONE	POSITIVI SARS-CoV2					Dimessi guariti	Deceduti	Casi totali	Incremento casi totali (rispetto al giorno precedente)	Totale persone testate	Totale tamponi effettuati (processati con test molecolare)	Incremento tamponi (rispetto al giorno precedente)
	Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva		Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi							
		Totale ricoverati	Ingressi del giorno									
Lombardia	4.656	602	22	62.952	68.210	363.044	24.225	455.479	2.744	2.512.713	4.580.347	33.846
Veneto	2.687	339	36	94.988	98.014	105.938	5.268	209.220	4.211	1.152.419	3.082.169	18.801
Piemonte	3.516	243	14	37.541	41.300	139.129	7.461	187.890	1.210	953.662	1.595.851	9.493
Campania	1.621	120	0	82.956	84.697	91.503	2.528	178.728	1.201	1.267.024	1.878.169	18.146
Emilia-Romagna	2.764	207	24	59.355	62.326	82.928	6.950	152.204	1.745	1.171.966	2.398.435	16.762
Lazio	2.780	310	9	74.069	77.159	66.006	3.230	146.395	1.428	1.972.934	2.537.032	15.984
Toscana	1.009	191	9	12.319	13.519	97.851	3.390	114.760	514	1.022.788	1.768.982	11.384
Sicilia	1.091	182	19	32.592	33.865	46.885	2.109	82.859	731	755.132	1.126.037	8.109
Puglia	1.457	174	28	51.203	52.834	23.462	2.130	78.426	1.314	612.809	940.923	9.346
Liguria	716	70	2	6.680	7.466	46.801	2.754	57.021	287	310.786	668.390	3.768
Friuli Venezia Giulia	601	59	6	13.091	13.751	28.409	1.399	43.559	753	319.134	854.622	7.781
Marche	427	64	4	10.051	10.542	24.527	1.459	36.528	381	280.435	477.649	5.085
Abruzzo	559	42	3	12.574	13.175	18.815	1.111	33.101	227	259.774	480.066	3.855
Sardegna	547	53	1	15.017	15.617	11.434	644	27.695	285	369.446	440.923	4.741
P.A. Bolzano	175	23	3	10.545	10.743	16.259	679	27.681	169	157.406	342.805	1.197
Umbria	265	43	3	3.637	3.945	22.411	553	26.909	142	241.362	469.887	2.872
Calabria	294	21	2	8.188	8.503	11.803	414	20.720	229	395.320	409.863	2.892
P.A. Trento	378	50	3	2.432	2.860	16.109	835	19.804	251	147.056	423.850	3.272
Basilicata	99	10	1	5.928	6.037	3.635	218	9.890	73	112.879	172.516	1.322
Valle d'Aosta	70	7	0	423	500	6.121	365	6.986	24	36.064	59.599	233
Molise	57	9	0	2.669	2.735	3.016	172	5.923	73	98.979	107.405	911
TOTALE	**25.769**	**2.819**	**189**	**599.210**	**627.798**	**1.226.086**	**67.894**	**1.921.778**	**17.992**	**14.150.088**	**24.815.520**	**179.800**

Note:

La Regione Basilicata segnala che il dato delle persone testate è stato ricalcolato e verificato con la piattaforma regionale covid-19.
La Regione Emilia Romagna segnala che a seguito di una verifica sui dati comunicati nei giorni passati è stato eliminato 1 caso in quanto giudicato non caso COVID-19.
La Regione FVG segnala che per problemi tecnici i dati comunicati oggi sono parziali, i dati mancanti saranno riportati nelle comunicazioni successive.
La Regione Piemonte segnala che :
- il dato delle persone testate e dei tamponi processati con test molecolare è stato ricalcolato sulla base delle indicazioni ministeriali.
- il totale dei casi positivi è stato ricalcolato sulla base della definizione di caso come da circolare ministeriale.

17 dicembre 2020 - Aggiornamento casi Covid-19

Dati aggregati quotidiani Regioni/PPAA - Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità

REGIONE	POSITIVI SARS-CoV2					Dimessi guariti	Deceduti	Casi totali	Incremento casi totali (rispetto al giorno precedente)	Totale persone testate	Totale tamponi effettuati (processati con test molecolare)	Incremento tamponi (rispetto al giorno precedente)
	Ricoverati con sintomi	Terapia intensiva		Isolamento domiciliare	Totale attualmente positivi							
		Totale ricoverati	Ingressi del giorno									
Lombardia	4.793	611	44	62.637	68.041	360.529	24.165	452.735	2.730	2.500.519	4.546.501	31.587
Veneto	2.701	352	29	92.726	95.779	104.069	5.161	205.009	4.402	1.146.309	3.063.368	19.576
Piemonte	3.597	240	4	41.706	45.543	136.345	7.382	189.270	883	1.060.337	1.819.188	17.249
Campania	1.656	119	0	84.778	86.553	88.502	2.472	177.527	927	1.257.621	1.860.023	15.130
Emilia-Romagna	2.801	206	6	59.570	62.577	81.008	6.875	150.460	1.667	1.167.304	2.381.673	14.297
Lazio	2.860	311	12	75.459	78.630	63.181	3.156	144.967	1.597	1.965.889	2.521.048	15.906
Toscana	1.062	199	16	12.999	14.260	96.638	3.348	114.246	636	1.019.118	1.757.598	11.545
Sicilia	1.131	179	10	33.378	34.688	45.353	2.087	82.128	872	750.056	1.117.928	9.353
Puglia	1.474	179	33	50.963	52.616	22.396	2.100	77.112	1.073	608.774	931.577	10.728
Liguria	746	69	4	6.814	7.629	46.381	2.724	56.734	416	309.643	664.622	4.333
Friuli Venezia Giulia	630	57	9	12.534	13.221	28.219	1.366	42.806	707	319.134	846.841	9.096
Marche	436	67	1	10.329	10.832	23.869	1.446	36.147	467	277.059	472.564	4.824
Abruzzo	584	49	1	12.792	13.425	18.347	1.102	32.874	246	258.633	476.211	4.566
P.A. Bolzano	190	22	3	10.500	10.712	16.127	673	27.512	287	156.988	341.608	1.986
Sardegna	558	56	3	14.925	15.539	11.237	634	27.410	268	365.221	436.182	4.025
Umbria	270	42	2	3.698	4.010	22.208	549	26.767	180	240.515	467.015	3.106
Calabria	296	21	2	8.635	8.952	11.131	408	20.491	160	392.579	406.971	2.576
P.A. Trento	408	48	3	2.595	3.051	15.681	821	19.553	463	146.589	420.578	2.895
Basilicata	106	10	0	5.959	6.075	3.525	217	9.817	169	170.349	171.194	1.384
Valle d'Aosta	70	8	1	417	495	6.105	362	6.962	19	35.964	59.366	255
Molise	58	10	0	2.647	2.715	2.963	172	5.850	67	98.138	106.494	903
TOTALE	**26.427**	**2.855**	**183**	**606.061**	**635.343**	**1.203.814**	**67.220**	**1.906.377**	**18.236**	**14.246.739**	**24.868.550**	**185.320**

Note:

La Regione Abruzzo comunica che in seguito a verifica sui dati comunicati nei giorni passati sono stati eliminati 2 casi positivi degli ultimi giorni poiché duplicati.
La Regione Campania comunica di non avere al momento la possibilità di trasmettere i dati quotidiani sugli ingressi in T.I..
La Regione Emilia Romagna comunica che in seguito a verifica sui dati comunicati nei giorni passati è stato eliminato 1 caso in quanto giudicato non caso COVID-19.

Il 18 dicembre, relativamente al Piemonte, la tabella indicava 953.662 “totale persone testate”; il dato del 17 dicembre era di 1.060.337 persone testate. Sono perciò state espunte 106.675 persone testate, pari al 10% da inizio pandemia. Sempre il 18 dicembre, venivano indicati 187.890 “casi totali”, contro i 189.270 del giorno prima: 1380 casi in meno; la tabella del 18 riporta 1.595.851 “totale tamponi effettuati processati con test molecolare”, tuttavia il giorno prima se ne indicavano ben 1.819.188 nella stessa colonna. La differenza di 223.337 è tamponi molecolari in meno. Da ultimo, alla voce “incremento tamponi rispetto al giorno precedente”, il 18 dicembre vede il Piemonte indicare solamente 9493 tamponi, all’incirca la metà del Piemonte stesso nei giorni precedenti e, approssimativamente, la metà delle regioni Campania, Veneto, Emilia Romagna nello stesso giorno.

La tabella, riporta in calce una nota per la quale **“La regione Piemonte segnala che: - il dato delle persone testate e dei tamponi processarti con test molecolari è stato ricalcolato sulla base delle indicazioni ministeriali; - il totale dei casi positivi è stato ricalcolato sulla base della definizione di caso come da circolare ministeriale”.**
Nella giornata del 19 dicembre viene anche diffusa, per le vie brevi, una nota del Servizio regionale di epidemiologia che richiama, alla base della scelta di includere nei conteggi i tamponi rapidi e i positivi diagnosticati con tampone rapido con un contatto con positivo, una circolare ministeriale del 30 ottobre, la 35324.
Nella circolare è possibile leggere: “Il documento nasce dalla necessità di chiarire le indicazioni per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test a disposizione nei diversi contesti per un uso razionale e sostenibile delle risorse”; l’unico accenno in materia di gestione dati è il seguente: “È importante la condivisione dei dati a livello locale/regionale/nazionale delle validazioni su vari tipi di test antigenici rapidi, inclusi quelli salivari, in commercio nel nostro paese per ottimizzare le strategie del loro uso”, mentre sulla definizione di caso positivo si può leggere: “Si rappresenta che la definizione di “caso confermato” dovrebbe essere aggiornata in relazione all’utilizzo dei test antigenici rapidi senza una conferma con test molecolari soprattutto in presenza di situazioni con link epidemiologico dove la positività del test rapido individua di per sé l’intervento come “caso”, per l’attivazione rapida delle azioni di controllo.” **Insomma: nessun accenno a una equivalenza tra i due test o ad un conteggio congiunto, mentre per la definizione di positivo si assiste a un mero “auspicio”.**
(https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=76939&parte=1%20&serie=null)
La lettera del SEREMI specifica inoltre che già il 3 dicembre il ministero aveva inoltrato alle regioni una nota tecnica specificando la necessità di inserire in tabella solamente i tamponi molecolari, ed effettivamente da quel giorno la dicitura della colonna muta da “totale tamponi effettuati” a “totale tamponi effettuati (processati con test molecolare)”. Serviranno due settimane perché il Piemonte si adegui alle direttive.
Il 20 dicembre l’assessore Icardi scrive al ministro Speranza, segnalando un rischio di sottostimare il numero di positivi a fronte di un mancato aggiornamento della definizione di caso positivo, secondo gli auspici della circolare di ottobre del ministero e del ECDC del 3 dicembre. Tuttavia si mischiano due vicende che possono comodamente essere tenute separate: un conto è acquisire il dato dei positivi da contatto con positivo rilevati col tampone rapido (i 1380 casi defalcati), un altro è sommare i diversi tamponi.
Ed è facilmente intuibile il perché: nei giorni successivi il Piemonte torna fanalino di coda, processando la metà dei tamponi molecolari delle altre grandi regioni, con un indice di positività che schizza in alto.
Evidentemente, il dato sia stato presentato sommato per occultare la scarsa capacità piemontese rispetto alle altre regioni.
Va in ogni caso specificato che sulle modalità di calcolo dell’indicatore 2.1 (uno dei 21 individuati dal governo per parametrare le misure contenitive all’andamento del contagio) l’ISS, tramite una mail del dott. Patrizio Pezzotti inviata alla dott.ssa Pasqualini e proiettata in quarta commissione il 21 dicembre, ammette il conteggio anche dei tamponi rapidi, trattandosi di un indicatore di tendenza, non quantitativo.
L’importante, di settimana in settimana, sarebbe non cambiare il criterio. Ma il Piemonte ha comunicato (e quando) che avrebbe cominciato a inserire anche i tamponi rapidi nel conteggio? Quali sono i dati dei tamponi molecolari e rapidi?
Martedì 22 dicembre una nota stampa del ministero specifica “nei prossimi giorni approfondiremo la definizione di caso di covid alla luce delle valutazioni del centro per il controllo delle malattie europee, che

ha dato nuove indicazioni per l'utilizzo e il conteggio dei test antigenici. Questo chiarimento avviene dopo che il Piemonte aveva impropriamente segnalato i test antigenici insieme ai test molecolari".
La tabella viene cambiata solo a partire dal 15 gennaio, con l'indicazione ministeriale di utilizzare i tamponi rapidi di II e III generazione, mentre in Piemonte almeno il primo stock era di prima generazione ed è stato usato anche dopo la circolare del ministero "fino a esaurimento scorte", secondo le indicazioni fornite dall'assessore Marnati.

IL PERSONALE

La durata dei contratti: brevi e pochi tempi indeterminati – il mancato turnover – le polemiche sterili – gli aiuti arrivati, quelli richiesti e quelli rifiutati

1. Il personale

I medici e gli infermieri sono stati variamente definiti, da angeli a eroi di questa pandemia. Con una dedizione che non di rado è sfociata nel sacrificio personale, hanno provato ad affrontare un'emergenza inaspettata e rispetto alla quale nessun sistema poteva né dirsi né essere del tutto preparato. In particolare, la forza di un sistema largamente pubblico ha dimostrato tutta la sua centralità e capacità di reazione, senza dover contemperare (almeno in teoria) esigenze diverse da quelle del servizio pubblico e questo è un dato che dovrà informare le scelte di ogni buon amministratore una volta che, lasciataci alle spalle la pandemia, torneremo ad occuparci di organizzazione e programmazione sanitaria.
Ma al di là dei modelli organizzativi, il fattore umano e quello della formazione hanno riacquisito una centralità perduta nel discorso pubblico, per cui, oltre ai ringraziamenti, è nostro dovere nei prossimi anni costruire le condizioni perché medici e infermieri possano fare il loro lavoro al meglio, nel giusto numero, protetti e assicurando il necessario ricambio generazionale.
Tra gli occupati attivi gli addetti alla sanità sono stati la categoria più colpita dalla infezione, con una diffusione che varia tra il 6 e il 13% degli addetti nelle regioni più colpite (rispetto al 3% nella popolazione generale).
I ritardi delle politiche assunzionali nella gestione della pandemia, sia per quel che concerne il personale ospedaliero (con particolare riguardo alla seconda ondata), sia per quel che riguarda le USCA, unitamente a una relazione complicata con le rappresentanze di categoria, ha sicuramente aggravato una situazione già difficile. Non è possibile sapere quanti specializzandi del quarto e quinto anno, delle specialità più utili quali (medicina, malattie infettive, pneumologia, geriatria), sono stati coinvolti in servizio, mentre a più riprese e in maniera eterogenea, nel corso dei picchi epidemici sono stati coinvolti nella gestione di pazienti Covid i medici non equipollenti, ovvero specialisti non formati per il tipo di patologia, e che generalmente si occupano di altri pazienti (ortopedici, ginecologi, oculisti, etc…). Se è vero che probabilmente non si poteva fare diversamente, è anche vero che questo impiego è avvenuto a macchia di leopardo e senza adeguati – e rapidi – momenti di formazione dedicata, nonostante le reiterate richieste sindacali (e il tempo a disposizione tra prima e seconda ondata).

2. Assunzioni

Sin dai primi giorni dell'epidemia emerge il forte fabbisogno di personale medico, infermieristico e OSS da parte delle strutture ospedaliere e socioassistenziali del Piemonte.

L'undici di marzo esce una raccolta di manifestazioni di interesse per la formazione di elenchi di medici disponibili a prestare assistenza nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte. La procedura prevede che l'Unità di crisi inoltri le adesioni alle singole Aziende interessate, che procederanno al conferimento degli incarichi di libero professionisti. (https://bandi.regione.piemonte.it/gare-appalto/procedura-speciale-legata-allemergenza-covid-19-acquisizione-manifestazione-interesse).
È la prima di una lunga serie di atti tesi a colmare le carenze legate alle necessità crescenti, ai pensionamenti, al reclutamento di privati e altre regioni, alla malattia che colpisce in maniera importante il personale.
In linea generale le critiche alle politiche di reclutamento riguardano la scarsa tempestività delle azioni, con speciale riferimento al blocco di politiche assunzionali e programmatorie tra maggio e ottobre. Si è infatti sospesa ogni azione di reclutamento durante la pausa estiva, per tornare sul mercato delle assunzioni a seconda ondata inoltrata. Fuori tempo massimo, anche per via delle più tempestive azioni delle altre regioni.
In secondo luogo, c'è una questione di **scarsa attrattività**, in particolare rispetto a quelle di altre regioni e di alcuni privati. Sia sull'aspetto economico, per cui il privato è in grado di offrire cifre più alte. Delli Carri, del sindacato Nursing Up segnala agli organi di stampa: "Gli infermieri italiani sono tra i più formati a livello mondiale ma hanno stipendi troppo bassi. Nelle settimane scorse un'agenzia internazionale ha offerto contratti da 3mila euro al mese più 500 di alloggio per andare a lavorare in Germania e Inghilterra mentre lo stipendio medio di un infermiere italiano è di 1.500 euro. Così nella sola Asl Città di Torino trenta infermieri si sono licenziati da un giorno all'altro". Sia sull'aspetto della durata delle posizioni offerte, dove le confinanti Lombardia e Emilia emanano prima bandi di durata triennale, più attrattivi, emulate dal Piemonte con ritardo.
Nel corso del gruppo di indagine del 16 novembre, le rappresentanze sindacali infermieristiche, hanno denunciato che nel 2020 non sarebbero stati coperti neanche i pensionamenti, perchè ci si è appoggiati ai contratti a tempo determinato legati all'emergenza covid (i cui costi verranno ripagati dai ristori statali).
Riferisce infatti Massimo Esposto della CGIL audito nei lavori di indagine: "Noi sappiamo perfettamente che sia l'ASL Città di Torino che l'Azienda ospedaliera Città della Salute (l'Azienda ospedaliera più grande d'Italia) oggi non hanno assolutamente recuperato il turnover dell'anno corrente. Allora, è distonico pensare che ci siano 2.000-2.500 assunzioni e che non si sia riusciti a recuperare intanto il turnover. Ve lo spiego io con molta semplicità: un conto è utilizzare i soldi che arrivano dal livello centrale per l'assunzione di tempi determinati, che è una spesa del Servizio pubblico assolutamente pro tempore".
Anche sui dati forniti, vi è poca chiarezza; Giuseppe Summa del Nursind ad esempio segnala: "Nell'Azienda dove lavoro, Asl To 4, ad esempio, solo a marzo si è registrata una trasformazione di 90 contratti di somministrazione lavoro - quindi interinali - a tempo determinato: non si è trattato, quindi, di 90 assunzioni, ma della trasformazione di contratto di persone che già lavoravano". Nella stessa azienda su 185 assunti col bando di dicembre che prevedeva un contratto triennale, 85 erano già in servizio presso la stessa azienda.
Nel corso della quarta commissione del 23 novembre 2020, Icardi ha fatto il punto sulle assunzioni destinate all'emergenza Covid-19, ma non ha fornito i dati delle dimissioni, dei pensionamenti e dei contratti inferiori a un anno che pure diverse ASL hanno emanato. Inoltre non è stato possibile avere i dati relativi alle assunzioni a tempo indeterminato, al turn over ordinario e alle graduatorie ancora aperte a tempo indeterminato.
Le sovrapposizioni di dati non chiarite impediscono di fare un quadro nitido della situazione. Il 7 dicembre 2.776 infermieri hanno risposto al bando per un contratto di tre anni all'interno delle aziende sanitarie e

ospedaliere. “Sarebbe interessante sapere quanti di quegli infermieri che hanno risposto al bando già lavorano per le nostre aziende sanitarie” ammonisce Claudio Delli Carri, segretario regionale del sindacato Nursing Up. Ovviamente un contratto triennale è più appetibile di quelli annuali o di quelli “fino a fine emergenza”. Secondo lui il fabbisogno per il Piemonte oggi è di 3.500 nuove assunzioni di personale infermieristico.

Con una serie di accessi agli atti, è stato sommariamente possibile ricostruire che nel 2020 le aziende territoriali hanno compensato solo le cessazioni degli infermieri.

In particolare

- 633 medici cessati, 460 assunti indeterminati
- 854 infermieri cessati, 1025 assunti indeterminati
- 316 OSS cessati, 217 assunti indeterminati
- 293 personale amministrativo cessati, 106 assunti indeterminati.

Le scelte delle ASL non sono uniformi: Alessandria ha sostituito solo 45 medici su 75, ma ha assunto 181 infermieri contro 96 cessazioni. La Torino 4 è l’unica ad aver assunto più medici di quelli che se ne sono andati (67 a 64), ma è una di quelle ad aver fatto il contrario con gli infermieri (83 a 104).

Per quanto concerne le aziende Ospedaliere sono invece i medici gli unici a esser stati completamente compensati:

- 260 medici cessati, 305 assunti indeterminati
- 448 infermieri cessati, 414 assunti indeterminati
- 183 OSS cessati, 148 assunti indeterminati
- 96 amministrativi cessati, 29 assunti indeterminati

Anche in questo caso le scelte sono uniformi: se Cuneo assume 42 infermieri in più, Città della Salute 67 in meno. Se Città della Salute perde 4 medici, Alessandria ne guadagna 12.

La mancata sostituzione del personale a tempo indeterminato è particolarmente grave, se si considera che stante l’emergenza c’era l’esigenza di implementare il servizio, non di ridurlo. E che, nel difficile mercato assunzionale, i contratti a tempo indeterminato hanno ovviamente una superiore capacità attrattiva.

Il ricorso ai tempi **determinati**, al di là dei colpevoli ritardi estivi, non è stato sufficiente a utilizzare le risorse messe a disposizione dallo Stato, provocando ampi avanzi. Nel corso del gruppo di lavoro del 14 giugno 2021, il dottor Baratta, illustrando gli avanzi accumulati sui DL 18, 34 e 104 (80 milioni su un totale di 262), rilevava come “**abbiamo avuto problemi di eccesso di copertura sulle spese del personale**, perché, come dicevo all’inizio, abbiamo ricevuto, come in tutta Italia, un sacco di soldi sul personale, ma quasi tutte le Regioni non hanno avuto la possibilità di poter assumere per quelle cifre”.

Degli 80 milioni di euro non spesi dalla Regione Piemonte, la maggior parte riguarda proprio il personale, mentre 35 sono riferiti alle liste d’attesa e “di questi 35 ne hanno spesi tre o quattro”.

Variegato il ricorso ai diversi tipi di contratti a tempo determinato, dove le aziende territoriali si sono mosse in ordine sparso, puntando a seconda dei casi su contratti annuali, triennali o semestrali.

Per i medici sono state assunte 58 unità per sei mesi e 38 per un anno. Per gli infermieri 140 unità per sei mesi e 383 per un anno. Per gli OSS 121 hanno avuto un contratto semestrale e 475 annuale.

Per quel che riguarda invece il ricorso al **personale somministrato**, è impossibile non notare disparità ancora più evidenti. Alcune aziende non vi hanno ricorso né nel 2019 né nel 2020 (Asti, Cn2), altre vi ricorrono per decine di migliaia di ore (Torino, Torino 5). Mentre alcune aziende territoriali hanno visto calare questo tipo di impiego, probabilmente per il ricorso ai tempi determinati finanziati dal Governo, le ospedaliere l’hanno visto crescere (alcune ricorrendovi per la prima volta).

	AT	AL	BI	CN1	CN2	NO	VC	VCO	TO3	TO4	TO5	TO1
2019												
OS	0			0	769		6412	4206	116295		119491	138168
MEDICI	0			0	0			0	0		0	0
INFERMIERI	0			0	0		6963	8944	130669		73045	146901
2020												
OS	0			0	663		21141	14435	90591		88304	109633
MEDICI	0			0	0						0	0
INFERMIERI	0			0	7039		11270	10759	82843		57822	151048

	MAURIZIANO	SAN LUIGI	NOVARA	CITTA' SALUTE TORINO	ALESSANDRIA
2019					
OS	0	0	0	20046	2525
MEDICI	0	0	2696	0	0
INFERMIERI	0	6160	0	37652	12325
2020					
OS	0	8102	42284	8892	0
MEDICI	0	0	5641	0	0
INFERMIERI	10045	9165	8688	37284	6340

Anaoo il 2 dicembre 2020 segnala sul tema che: "dal 2010 al 2018 si contano 536 medici ospedalieri in meno e, poiché in questi e nei prossimi anni matureranno il diritto alla pensione i medici appartenenti alle fasce di età più numerose, abbiamo calcolato che nel prossimo quinquennio in Piemonte andranno in pensione oltre 1800 medici ospedalieri, pari a circa il 20% dell'organico attuale, senza contare i colleghi che decidono di licenziarsi e se ne conta quasi uno al giorno".
La difficoltà di reperire le figure professionali necessarie perché carenti sul mercato del lavoro viene in parte attenuata da interventi di carattere normativo. La D.G.R. n. 4-1141 del 20 marzo 2020 permette di reclutare nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie e socioassistenziali per anziani, disabili e minori in deroga agli standard di qualificazione normalmente richiesti per educatori e OSS. Secondo i dati forniti in quarta commissione il 17 aprile 2020, questo provvedimento ha consentito l'assunzione di 650 unità.
L'emergenza richiede anche di garantire maggiore presenza sul territorio e di supportare le realtà private. La nota dell'Unità di crisi prot. n. 17811 del 7 aprile 2020 avente ad oggetto "Emergenza da Covid-19. Incremento dell'attività assistenziale territoriale/alberghiero e residenziale mediante personale infermieristico" richiede alle ASL di incrementare l'assistenza domiciliare infermieristica per almeno 4 mesi, fino almeno a 1 operatore ogni 20.000 abitanti. Inoltre viene individuata la possibilità di inviare task force

medico infermieristiche nelle strutture residenziali che ne facciano richiesta scritta, motivata e a fronte di criticità debitamente relazionate.
D'altro canto, specie su OSS e infermieri le politiche di reclutamento del settore pubblico hanno depauperato le RSA.
Un problema serio a cui la DGR 6-2436 del 1 dicembre 2020 ha provato a rimediare prevedendo per OSS e infermieri provenienti da RSA, assunti con contratti triennali o indeterminati, la permanenza in servizio presso le strutture d'origine fino a giugno, in caso di richiesta della struttura stessa, con l'obbligo per quest'ultima di rimborsare gli oneri dell'affidamento del prestatore di lavoro. Un sollievo per le strutture, meno per i conti delle ASR che dovranno attendere i rimborsi.
D'altro canto sia nella prima ondata, sia nella seconda, il personale delle ASR viene messo a disposizione delle RSA (al di là dell'operato delle USCA).
Nel gruppo di indagine del 16 novembre, Bertaina della CISL spiega: "durante la prima ondata, il dipendente veniva mandato quasi esclusivamente in orario di servizio; tra l'altro, atto illegale e giuridicamente non corretto, di natura anche penale, perché un dipendente pubblico non può sostituire intere turnazioni in un contesto privato, tant'è vero che sono partite diverse segnalazioni alla Procura, molte delle quali sono al vaglio. Sulla seconda ondata, nell'urgenza, grazie alle Organizzazioni sindacali qui presenti, sono state fatte molte pressioni e si è riusciti a ottenere che il dipendente pubblico viene comunque mandato a coprire queste turnazioni, però per fortuna viene mandato a coprirle in prestazioni aggiuntive. Che cosa significa? Viene mandato a coprirle al di fuori del proprio orario di lavoro: si creano delle convenzioni con le RSA, che hanno un prezzo economico di tariffa oraria che si aggira attorno ai 30-35 euro, dove sostanzialmente almeno si recupera l'inghippo che il privato in questione pagherà l'ASL, che pagherà i dipendenti".

3. L'epidemia tra i sanitari

Tra gli occupati attivi, secondo i dati presentati in gruppo di lavoro dal dott. Costa e derivante da una indagine sierologica condotta da Istat a luglio 2020, gli addetti alla sanità sono una delle categorie essenziali di attività non sospesa e sono stati la categoria più colpita dalla infezione, con una diffusione che varia tra il 6 e il 13% degli addetti nelle regioni più colpite (rispetto al 3% nella popolazione generale). Valori superiori alla media tra gli addetti ristorazione e accoglienza, professioni ad alta frequenza di contatti col pubblico.
Nel corso della prima ondata in particolare, unitamente alle già viste difficoltà sull'accesso al tampone e sulla fornitura di DPI (a volte addirittura accompagnati da prescrizioni aziendali quantomeno controverse), è da rilevare che gli operatori sanitari sono stati esclusi dalla quarantena preventiva a opera dell'art. 14 del decreto Cura Italia, salvo il caso in cui avessero presentato sintomi di natura respiratoria. Un modo per salvaguardare l'operatività delle strutture sanitarie che però ha contribuito alla diffusione dell'epidemia all'interno delle strutture.
I successivi decreti hanno prorogato la disposizione anche per la c.d. seconda ondata, in un regime di screening e di disponibilità dei DPI decisamente più favorevole.
Questi i dati del personale colpito da covid nel corso del 2020, per un totale di 6251 infortuni covid registrati.

	AL	**AT**	**BI**	**CN1**	**CN2**	**NO**
Medico	150	66	60	57	41	47
Infermiere	452	196	168	271	95	126
OSS	188	54	47	63	36	22
Amministrativo	169	22	25	37	24	36
	VC	**VCO**	**TO1**	**TO3**	**TO4**	**TO5**

Medico	59	51	181	132	130	84
Infermiere	120	180	569	572	387	219
OSS	64	40	196	209	194	110
Amministrativo	4	69	73	56	76	24

	Mauriziano	**Cuneo**	**Città Salute Torino**	**San Luigi**	**Alessandria**
Medico	63	91	190	58	99
Infermiere	116	217	568	129	239
OSS	42	30	246	60	96
Amministrativo	43	24	79	22	23

4. Aiuti da Roma e da altri paesi

L'11 aprile il dirigente della maxiemergenza **Mario Raviolo con una mail rifiuta l'aiuto offerto dal governo centrale di inviare personale supplementare, "essendo la fase ospedaliera in lieve remissione". In una seconda mail ha anche aggiunto che anche i sanitari già inviati potevano rientrare.**

Mentre per quanto riguarda la seconda mail è ipotizzabile che si riferisse al personale arrivato da Roma il 1 aprile (15 medici) per permettere l'apertura di Verduno (e poi prorogato), rispetto alla prima si scatena una polemica pubblica e l'intervento delle sigle sindacali, cui segue una richiesta di segno opposto alle autorità nazionali da parte dell'assessore Icardi.

Aiuti arrivano anche da altri paesi, **in particolare una brigata di medici cubani è determinante per l'apertura della struttura straordinaria delle OGR**. Si tratta di 21 medici e 16 infermieri, arrivati a Torino il 13 aprile.

La gestione della struttura si distingue per la notevole attenzione agli aspetti di biosicurezza e organizzazione dei percorsi, al punto che nessuno del personale impiegato, inclusi i medici distaccati dalla ASL di Torino e gli interpreti, contrae il virus. La struttura, ideata per accogliere le emergenze, si trasforma lungo il periodo di apertura in spazio a medio – bassa intensità atto a decongestionare gli ospedali piemontesi nella fase di remissione della pandemia. La novità della struttura e dell'equipe impiegata consente un approccio multidisciplinare (anche per l'indisponibilità di attrezzature diagnostiche), prevedendo il coinvolgimento anche di psicologi e fisioterapisti. Nasce dunque l'ipotesi di salvaguardare le esperienze messe a punto proiettandole anche in chiave di assistenza territoriale e domiciliare e di mantenere un contingente cubano in Piemonte.

La decisione di chiudere la struttura e trasferirne parte rilevante all'ex – Oftalmico porta però a concludere la missione il 12 luglio, con una grande festa che coinvolge i 170 pazienti presi in carico.

Senza esito invece la richiesta di accogliere anche in Piemonte il contingente russo dedicato alle operazioni di sanificazione delle RSA.

Anche nel corso della seconda ondata il fabbisogno non viene meno. Ai primi di novembre la Regione chiede aiuto a Cuba e alla Romania, l'ASL di Vercelli ottiene 6 anestesisti e 28 infermieri dalla Cina grazie all'intermediazione di Carlo Olmo (il benefattore che a marzo aveva donato 200.000 dispositivi di protezione), l'asl di Cuneo apre contatti in Bulgaria tramite Gianfranco Porcheddu, amministratore del consorzio Sinergie Sociali.

L'accordo con i cubani non si conclude mai, nonostante la disponibilità manifestata da Cuba e la predisposizione di un contingente, di medici e infermieri più corposo di quello della primavera, già radunato

e pronto a partire. Le lungaggini burocratiche, in particolare legate alla mancata individuazione della destinazione per l'impiego della brigata, portano ad arrivare a dicembre, coi dati dell'epidemia ormai in remissione.
Invece arriva un contingente di medici da Israele, diretto quest'ultimo a Verduno, in servizio dal 4 dicembre.
Alle denunce di ASGI sull'esclusione dei medici extracomunitari dai bandi di concorso, 9 di novembre, segue la smentita di Icardi dell'11 novembre (l'assessore dichiara: "Chi parla di pregiudizi da parte nostra afferma il falso. I bandi sono chiari: come previsto dalla legge, nessuno è escluso sulla base della nazionalità" https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/comunicati-stampa/lassessore-alla-sanita-icardi-regione-recluta-anche-personale-medico-infermieristico-extra), **tuttavia il 20 novembre arriva l'apertura di un bando per il reclutamento di personale medico extracomunitario, ammettendo così la fondatezza della denuncia.**
(https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/medici-infermieri-manifestazione-interesse-della-regione-piemonte-per-reclutare-personale)

5. **Gli scontri coi medici**

Nel mese di marzo non mancano le schermaglie tra l'unità di crisi e il comparto medico. Raviolo scrive all'ordine dei medici, per richiedere "**un intervento urgente per ricondurre le attività dei medici di medicina generale a compiti istituzionali propri**", segnalando casi di rifiuto alle visite domiciliari; gli risponde la FIMMG giudicando "grave che chi assume l'incarico di dirigere l'Unità di Crisi possa commettere evidenti errori di valutazione e cedere facilmente all'emotività e alla frustrazione" e, con una accorata lettera su facebook, il presidente dell'Ordine dei medici di Vercelli Fossale: "Io le chiedo solo rispetto e la giusta attenzione al lavoro dei medici di famiglia che, mi consenta, meritano più attenzioni e mezzi di protezione. Tutto qua. Le auguro di continuare il suo lavoro con quello spirito che ha sempre animato il mio, finché mi ha portato in un letto da ospedale a combattere contro una polmonite".
Il 14 di marzo ANAOO presenta un esposto sulle carenze di DPI all'ispettorato del lavoro e alla procura del lavoro e l'11 maggio una integrazione.
L'8 aprile l'ordine dei medici e l'ordine degli odontoiatri presentano un articolato documento che mette in evidenza criticità e proposte utili alla gestione della crisi, indicando tra le varie l'eccesso di ospedalizzazione e le carenze del sistema territoriale e dei SISP in particolare, la mancanza di dati chiari e puntualmente diffusi, la fragilità del sistema delle RSA, la scarsità di DPI.
La replica arriva in una contestata conferenza stampa l'11 aprile, in cui il dottor Testi dichiara, rispetto alle critiche giunte all'operato dell'unità di crisi: "Non me l'aspettavo. Ci siamo sentiti **colpiti alle spalle** in battaglia, da persone che avrebbero dovuto combattere con noi". Seguono ovviamente ulteriori polemiche. È forse il punto più alto di una serie di scontri tra l'unità di crisi e il comparto medico.
A questa crisi di relazioni prova a porre rimedio l'istituzione di una task force dedicata alla riorganizzazione della medicina di territorio, cui prendono parte anche il prof. Di Perri, altra voce critica pubblicamente, e i presidenti dei tre ordini dei medici, farmacisti e infermieri.
Anche nel corso della c.d. seconda ondata non mancano momenti di forte tensione.
A novembre la carenza di personale porta a dirottare 25 ispettori Spresal e Sian ai servizi sanitari e a emanare una comunicazione del 7 novembre a firma Ripa, Zulian, Frascisco, Aimar e Manno, che indica: "nelle more dell'assunzione dei profili professionali ricercati, di voler procedere alla assunzione di altre **figure sanitarie o tecniche equivalenti e, qualora necessario, di profili superiori. In assenza di infermieri, ad esempio, le ASR dovranno procedere a contrattualizzare altre figure di supporto, secondo i profili**

professionali opportuni e, qualora indispensabile, medici". La reazione di ANAOO, Nursind e infine Ordine dei medici è furiosa: la lettera "dà l'idea del punto di confusione a cui è giunto l'Assessorato alla Sanità […] siamo sicuri che chi governa la nostra salute, oggi come ieri, sia in grado di farlo?".

Una nuova disposizione del DIRMEI, firmata Rinaudo, Manno e Zulian, sospende a decorrere dall'11 novembre le ferie e i congedi

Venerdì 13 pomeriggio, dopo un presidio dei sindacati su tutti i territori, si svolge un incontro tra Icardi, Aimar e i sindacati, in seguito al quale **la disposizione che sospendeva ferie, permessi e recuperi, viene ritirata.**

Al di là dei profili di opportunità, pesanti erano anche i profili di illegittimità della misura. Nel corso della prima ondata, la sospensione di ferie e permessi costituzionalmente garantiti ex art. 36 Cost. aveva trovato copertura nel dpcm dell'8 marzo e aveva avuto termine con il DPCM del 17 maggio 2020. Fuori da provvedimenti generali, spetta in ogni caso al datore di lavoro, il direttore generale delle ASR, la facoltà di organizzare i periodi di fruizione delle ferie.

A novembre è anche il momento di una polemica sui vaccini antinfluenzali. Il Piemonte è l'ultimo a partire tra tutte le regioni italiane (http://www.quotidianosanita.it/m/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=89860) e le consegne ai medici di medicina generale arrivano a scaglioni e in quantitativi insufficienti.

In risposta alle lamentele che giungono dal territorio, Icardi spiega che "Può verificarsi che l'errata programmazione da parte di alcuni medici di medicina generale che non hanno tenuto conto della disponibilità del vaccino nella gestione delle prenotazioni abbia causato delle carenze di vaccino in alcune realtà locali, ma deve essere chiaro che il vaccino non manca e la campagna sta procedendo secondo la normale programmazione dei mesi scorsi, con la fattiva collaborazione degli stessi medici". La FIMMG reagisce immediatamente: "La FIMMG del Piemonte si fa interprete dell'indignazione espressa da tutta la categoria dei Medici di Medicina Generale, dopo le affermazioni dell'Assessore Icardi che ieri 6 novembre ha riversato la responsabilità dei gravi disagi legati al mancato approvvigionamento dei vaccini antinfluenzali sui Medici di Famiglia". Con l'occasione, si allarga ad altre problematiche: "È sotto gli occhi di tutti l'inefficienza dei SISP, cui la legge assegna tutte le funzioni di sorveglianza, di tracciamento dei contatti, di gestione tempestiva dei tamponi dalla prenotazione alla verifica degli esiti, nonché la necessaria disposizione dei provvedimenti di quarantena, funzioni svolte con ritardi tali da lasciare gli assistiti in attesa di risposte che sembrano non arrivare mai. […] la Regione deve invertire la rotta e l'Assessore pretendere che le nostre richieste vengano soddisfatte dai Servizi di Igiene Pubblica, dal CSI e dai Laboratori, i veri ostacoli oggi ad una gestione efficace dell'emergenza che ancora non ha strabordato dagli argini del territorio solo grazie alla nostra azione vicariante.

Non sono arrivati gli stanziamenti per il personale e per la piccola tecnologia già richiesti durante la prima ondata, nessuna traccia concreta del tanto sbandierato potenziamento della medicina territoriale, a fatica arrivano supporti indispensabili come i DPI".

L'8 novembre l'assessore modifica il tiro: "Se ci sono problemi nella catena di distribuzione dei vaccini ai medici di famiglia da parte dei soggetti che la Regione ha incaricato, andremo fino in fondo per individuarli e risolverli. Dev'essere chiaro, però, che i vaccini per loro non mancano". Come noto invece, i vaccini mancavano e verrà ammesso pubblicamente solo qualche giorno dopo, perché Sanofi consegna meno dosi e in ritardo.

Le vacanze pasquali 2021 sono l'occasione per un nuovo scontro: una circolare del DIRMEI richiede di "mantenere invariate le condizioni che permettono una sicura e continua assistenza ai pazienti Covid e non Covid. In particolare si richiede di garantire le turnazioni del personale medico, di assistenza e supporto

previste, anche nel periodo delle festività pasquali". I sindacati di medici e infermieri reagiscono con durezza e la polemica si rinfocola pochi giorni dopo, quando il telegiornale regionale della Liguria riprende l'ex commissario Raviolo in ferie a Loano.

6. Il bonus agli operatori

Il 7 luglio la Ragioneria di Stato rilascia un parere negativo rispetto alla norma piemontese che impegnava 36 milioni di euro ulteriori rispetto ai 18 nazionali come bonus agli operatori sanitari. La norma nazionale infatti prevedeva al massimo il raddoppio da parte della Regione. Di questi 55, 14 erano destinati ai medici, 41 al comparto infermieristico amministrativo, causando l'abbandono del tavolo della trattativa da parte dei medici.

Al 30 luglio la ragioneria piemontese sblocca il pagamento di 27,5 su 41 milioni destinati al comparto, in attesa che si sblocchi l'impasse con la ragioneria di stato.

All'8 di settembre la Regione può corrispondere la restante parte, venendo pienamente recepita dal Ministero della Salute la linea interpretativa per cui **è legittimo, per la Regione, mettere a disposizione del personale come bonus il doppio della cifra stanziata dallo Stato**

Il 2 ottobre si perfeziona invece l'accordo per la distribuzione dei restanti 14 milioni coi sindacati di medici e dirigenti, secondo il seguente schema:

- Fascia 1 – dirigenti dell'Area Sanità direttamente impegnati nell'emergenza Covid-19: max € 2.000
- Fascia 2 - restanti dirigenti dell'Area Sanità, non rientranti nella fascia 1, in ragione del supporto garantito nell'emergenza COVID-19: max € 1.000
- Fascia 3 - dirigenti dell'Area PTA, in ragione del supporto garantito nell'emergenza COVID-19: max € 500

7. Le USCA

Il Decreto legge 14 del 9 marzo istituiva le USCA – unità speciali di continuità assistenziale, uno strumento a supporto del territorio e dei medici di base, con l'obbiettivo di valutare e trattare con maggior appropriatezza i pazienti a casa, intervenendo con maggior tempestività. La norma prevedeva l'attivazione di un'USCA ogni 50.000 abitanti, attiva sulle 12 ore, 7 giorni su 7, entro il 20 marzo. **Le USCA vengono però attivate con lentezza: al 5 maggio sono solo 37 quelle attive, che diventano 90 al 5 giugno secondo la risposta dell'assessore Marrone all'interrogazione n. 251.** Il reclutamento è completato per l'estate, periodo però in cui le USCA restano inoperose e spesso attingendo ai medici reclutati precedentemente coi tempi determinati dai SISP. Ci si confronta, tanto nel primo reclutamento quanto nella terza ondata, col problema di alcune specializzazioni che non consentono di svolgere altri impieghi in simultanea.

Al 9 ottobre, il personale impegnato nelle USCA è di 198 medici, 122 medici in formazione, 175 neolaureati. Di questi solo 69 (su 495) sono impegnati sulla Città di Torino.

Ad aprile 2020 vengono effettuate su tutto il Piemonte 7376 visite (di cui solo 251 a Torino), a maggio 4432 (di cui solo 347 a Torino), a giugno 1360 (di cui 179 a Torino), a luglio 707, ad agosto 887, a settembre 1333. Altri dati sono disponibili nel paragrafo sulle cure domiciliari, ma preme in questa sede puntualizzare una disomogeneità tra le aziende circa l'attivazione, le modalità di impiego e la rendicontazione delle attività.

Nel corso della tregua estiva il personale USCA viene in parte dirottato verso i SISP, a volte come primo luogo di impiego visto il ritardo con cui molte USCA vengono attivate. Con la recrudescenza autunnale dell'epidemia, le USCA tornano sul territorio, disperdendo quel potenziamento e quell'esperienza sviluppata sul tracciamento (che infatti viene sostanzialmente interrotto).

Tuttavia si dimostrano insufficienti a fronteggiare l'ondata: l'intervento arriva anche 72 – 96 ore dalla richiesta e spinge molti a dirottarsi sui pronto soccorsi.

All'inizio del 2021, con l'epidemia che si colloca su una fase di plateau, il personale USCA viene in larga parte impegnato in attività di vaccinazione. Con l'innalzamento della curva dei contagi di marzo, legata in buona parte alla diffusione delle varianti, l'attività sul territorio verrà pesantemente sacrificata per tutto il mese di febbraio: solo da metà marzo le USCA torneranno progressivamente ad esser prevalentemente impegnate sul territorio.
Dei primi mesi del 2021 è anche il problema degli specializzandi, analogo a quello che colpisce molti tempi determinati dei SISP, costretti a lasciare il servizio per l'incompatibilità di alcune specialità. Già a dicembre l'assessore ha lanciato l'allarme: "Ho chiesto al direttore dell'Emergenza Covid, Gianfranco Zulian e al direttore regionale dell'assessorato Fabio Aimar di contattare subito il professor Ricardi, direttore della scuola di specializzazione della Facoltà di Medicina dell'Università di Torino per trovare una possibile soluzione per una questione che, pur non dipendendo assolutamente da noi, rischia di avere delle conseguenze". Non conosciamo i numeri del fenomeno, anche se si rileva un comportamento difforme tra le diverse specialità.
Solo nel corso della terza ondata, a marzo 2021, **vengono anche aperti degli ambulatori gestiti da USCA**, inizialmente dedicati ai casi sospetti e poi aperti all'accesso anche da parte dei positivi. Non sono strutture ad accesso libero: il medico di base segnala il caso all'USCA che valuta tra il monitoraggio telefonico, la visita domiciliare e l'invito all'ambulatorio. Una soluzione caldeggiata già nell'autunno 2020 e che migliora l'efficienza del servizio. Ciononostante a marzo 2021 i tempi di latenza tra segnalazione e intervento restano alti, raggiungendo nuovamente i 3 – 4 giorni.

8. Medici di medicina generale

I medici di base sono uno dei principali fronti di contrasto all'epidemia, l'interfaccia di una popolazione spaventata e disorientata, quando non colpita dalla malattia.
Nei primi giorni di marzo, di fronte all'impennata dei contagi si registra uno scontro forte tra l'unità di crisi e i medici di medicina generale relativo alle visite a domicilio (vedi supra) e **si pone da subito il problema dell'approvvigionamento dei DPI**. Già nel corso della IV commissione del 18 marzo 2020, l'assessore "si impegna poi a fornire le mascherine anche al personale delle case di riposo e ai medici di famiglia anche se tiene a precisare non è un obbligo previsto dal sistema sanitario". Questa posizione è duramente contestata dalle rappresentanze sindacali. Su La Stampa del 25 marzo il presidente della Fimmg dichiara: "è una vergogna. Come sarebbe a dire che tocca a noi procurarci i Dpi? E anche se volessimo, come facciamo dato che le mascherine non si trovano? All'Unità di crisi lo capiscono o no che i Dpi sono strumenti di protezione collettiva, oltre che individuale? Si riempiono la bocca di medicina territoriale e poi abbandonano il settore delle cure primarie".
Lo scontro non verrà meno, su questo punto, nonostante la fornitura di due mascherine lavabili Miroglio a tutti i medici di base tra la fine di marzo e i primi di aprile.
A fronte di un evento pandemico che coglie – inevitabilmente – tutti impreparati, mancano del tutto le comunicazioni tra le linee al fronte e il quartier generale, per restare nell'abusata metafora guerresca.
Non solo non vengono forniti i DPI, ma neanche indicazioni su come organizzare le visite in studio, la consegna delle ricette, i monitoraggi telefonici e una loro, necessaria, implementazione, cosicché tocca ai sindacati tentare un'azione vicariante. Solo a fine aprile vengono fornite indicazioni sulle visite domiciliari. È così che ognuno si organizza come può o come ritiene, tra atteggiamenti iper difensivi e atti di estrema abnegazione quando non di eroismo.
Si lamenta la mancanza di linee telefoniche dedicate con le Aziende e con le USCA, e percorsi di accesso dedicate ai tamponi.

Fino a maggio l'interfaccia del medico di base è il SISP, che raccoglie via mail le richieste di tampone (con lunghe attese per le risposte, se non peggio come nel caso delle mail perdute) e dispone quarantene e isolamenti: tuttavia il raccordo è estremamente difficoltoso, per via di carenze strutturali del servizio. Inoltre per tutta la prima ondata non è possibile richiedere il tampone senza indicare un contatto di covid positivo accertato, ma questo è difficilissimo per via dei pochi tamponi che vengono fatti.
Lungo il mese di aprile vengono distribuite ai medici di base le credenziali per l'accesso alla piattaforma elaborata dal CSI (l'apertura indicata è il 6 aprile) e il 13 maggio 2020 viene firmato un **nuovo accordo integrativo regionale con le organizzazioni dei medici di medicina generale per la Fase 2 dell'emergenza coronavirus** (D.G.R. n. 30-1380 del 15.05.2020) che introduce indicazioni, nuovi criteri e nuovi strumenti. Obiettivo del contratto è la creazione di reti di monitoraggio basate sul modello del medico di medicina generale sentinella, in grado di identificare precocemente i casi sospetti sulla base del riscontro clinico che precede la diagnosi di laboratorio. Operativamente, in caso di "sospetto Covid", il medico che valuta per primo il paziente dispone, attraverso la piattaforma Covid19 Regione Piemonte, l'isolamento fiduciario per il paziente sospetto Covid, per 14 giorni, prorogabili al persistere delle condizioni, con decorrenza dalla data di inizio dei sintomi. Il medico di assistenza primaria riceve la notifica di isolamento attivato sul paziente, prende contezza (qualora non l'abbia disposta egli stesso) dell'isolamento predetto sulla piattaforma Covid19 e rilascia l'eventuale certificazione ai fini INPS o INAIL.
La D.G.R. n. 21-2070 del 9 ottobre 2020, sulla base dell'accordo firmato il 10 settembre, proroga la DGR di maggio.
Tuttavia nel corso della seconda ondata i medici di base si ritrovano nuovamente schiacciati dal ritardo con cui i SISP riescono a validare le loro richieste di tampone, dalla difficoltà di accesso al tampone, dai limiti alle prese in carico per USCA e ADI. La carenza di bombole di ossigeno coglie del tutto impreparato il già fragile assetto territoriale.
Nel corso della seconda ondata si rende necessario un nuovo accordo (DGR 3 novembre 2020, n. 2-2189) che modifica le modalità di isolamento e trattamento e le integra con il nuovo strumento del tampone rapido. Dal 3 novembre diventa possibile per i medici di base in misura molto limitata prenotare direttamente i tamponi tramite l'applicativo.
Il 19 gennaio la regione firma l'accordo per le vaccinazioni covid19. In particolare i medici di base si occuperanno del caricamento delle richieste degli ultra 80enni e delle persone fragili, mentre – col meccanismo di approvvigionamento delle vaccinazioni antinfluenzali, potranno recuperare dai farmacisti le dosi per somministrare il vaccino nei loro studi o negli spazi messi a disposizione dalle ASL e dagli EELL, a partire dagli over 70, ricevendo gli elenchi di adesioni raccolte tramite il portale regionale.

IL CORONAVIRUS NELLE RSA

La natura delle RSA – le mancate forniture di DPI – il depauperamento del personale per il reclutamento da parte del sistema sanitario – il trasferimento di covid positivi nelle strutture – la mancata presa in carico da parte del sistema sanitario dei covid positivi

1. Le morti in RSA

Secondo il Comitato Nazionale di Bioetica gli anziani "hanno pagato e stanno ancora pagando il prezzo più alto in vite umane […] soprattutto se ricoverati in istituzioni sociosanitarie […] hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell'impreparazione generale del sistema sanitario nell'individuare le filiere del

contagio, nell'informare correttamente gli addetti all'assistenza sulle misure di prevenzione e, infine, nel fornire questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio".
"Le morti in RSA si potevano evitare" ha sentenziato a maggio 2020 Paolo Vineis, duramente rimbrottato da Icardi: "Una enorme sciocchezza, […] uno scaricabarile senza precedenti: di certe Rsa sulla Regione, di alcuni parenti che vogliono giustizia a tutti i costi e di una politica nazionale che se la prende con le Regioni per nascondere lacune che sono solo sue. In mezzo a tutto questo c'è l'unità di crisi. C'è la Giunta, ci sono io. La mia è una condanna che ha come paragone solo il 41bis".
Ma i fatti ci dicono che il problema è stato prima ignorato, poi si è cercato di evitarlo e quindi ci si è risolti ad affrontarlo, quando ormai era tardi e, in alcuni casi, lo si è anche aggravato con le scelte dell'ente regionale.

2. Marzo 2020 e la natura delle RSA

Durante la prima fase dell'emergenza covid19, di fronte al dilagare dell'epidemia con esiti infausti all'interno delle RSA, si sono confrontate diverse concezioni della natura delle RSA e delle conseguenti responsabilità in materia di fornitura di DPI, di predisposizione di misure per il contenimento e di coordinamento delle politiche di screening.
Inizialmente le RSA non sono individuate come un comparto di cui è prioritario occuparsi: il relativo isolamento delle strutture fa sì infatti che il contagio, salvo alcuni casi puntuali (Tortona, Villanova Mondovì), arrivi in ritardo rispetto alla diffusione sul territorio. Questa è l'indicazione che emerge dalle parole del primo commissario dell'UdC, Raviolo, audito nel gruppo di indagine. Nonostante questo e nonostante le smentite successive, la prima comunicazione dell'unità di crisi, 23 febbraio, ai direttori generali, sanitari e amministrativi delle ASR ricorda: "Le strutture private (di ricovero in acuzie e postacuzie, territoriali, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, ecc) hanno come primo livello di afferenza informativa le aziende sanitarie locali competenti per territorio con le quali esistono rapporti di carattere funzionale".
La concezione originale della Giunta Regionale, esplicitata in diverse occasioni dall'assessore Icardi, definiva le RSA "**strutture private che hanno un loro direttore sanitario *e amministrativo. Sono come piccoli ospedali e le decisioni le prendono loro***. *Dopodiché noi le aiutiamo perché il comune intento è salvare delle vite; ci sono commissioni di vigilanza che una volta all'anno vanno a verificare che le strutture abbiano i requisiti necessari, ognuna ha anche un responsabile della sicurezza e un piano per evitare il diffondersi di malattie infettive. Lo ribadisco, le strutture sono private, indipendenti, ci sono delle rette che non vengono incassate dalla Regione, ma comunque le sosterremo*" (Corriere della Sera, 9 aprile 2020).
Non è un caso che ancora al 26 marzo l'assessore Caucino potesse lamentare, in seduta di quarta commissione, la mancanza di coordinamento e informazioni, mancando in unità di crisi personale di riferimento del suo assessorato. Non è la prima, né sarà l'ultima, occasione in cui emerge una difficoltà di coordinamento tra gli assessorati alla sanità e al welfare, che finisce per ricadere sul delicato comparto socio-sanitario, che per sua natura vive in una terra di mezzo.
In una mail del 30 marzo il dott. Testi, che presiede il comitato tecnico scientifico, scriveva: "***Osservo solo che il concetto di responsabilità diretta sui casi in RSA, ospedali, aziende e comunità è esattamente quello che sto cercando di evitare con vari provvedimenti dell'Unità di crisi*** *[…] Non vorrei sembrare antipatico, ma non siamo riusciti a gestire 1.000 quarantene. Non oso pensare che cosa succederebbe prendendo la diretta gestione di circa 40 mila tra ospiti delle strutture socio assistenziali e operatori sanitari*".
Il 30 stesso, dall'unità di crisi, partiva una nota sottoscritta da Boraso e Coccolo per una prima rilevazione del fenomeno covid all'interno delle RSA.

Solo dal primo aprile vengono individuati in unità di crisi una funzione e personale dedicati alla problematica RSA.

Dalla definizione della natura delle RSA discende quindi un diverso approccio operativo e una diversa accezione delle responsabilità e della loro ripartizione.

Le Rsa non sono semplicemente strutture private.

Secondo il d.lgs. 502/1992 l'autorizzazione alla realizzazione di tali strutture è subordinata alla verifica del "fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture".

Il successivo accreditamento dipende dalla capacità del privato di rispondere alla programmazione regionale; devono quindi sussistere «requisiti di qualificazione» e "funzionalità della struttura alla programmazione regionale". Si tratta di una valutazione discrezionale, che crea un nuovo diritto in capo al privato. L'art. 8 quater del D.lgs. 502/1992, stabilisce che «le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza ... avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati...».

Gli accreditati svolgono infatti la loro attività assoggettati ad un intenso regime di controlli sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, che può anche giungere alla revoca dell'accreditamento.

Solo a seguito di questo possono stipularsi accordi contrattuali, i quali però sono vincolati ai bisogni precedentemente individuati dal pubblico. Al privato resta la facoltà di accettare o meno.

In definitiva, come è emerso nelle sedute del gruppo di indagine, in sede di audizione con i gestori e con i parenti dei residenti, le RSA dipendono dal Servizio sanitario regionale per accreditamento e convenzionamento e sono sottoposte al controllo delle ASL. L'Azienda sanitaria, attraverso il convenzionamento, attribuisce ai servizi delle RSA la natura di servizi pubblici e li finanzia, delegandone l'organizzazione.

Il soggetto convenzionato acquisisce pertanto il ruolo di concessionario della pubblica amministrazione. Addirittura l'atto autorizzatorio alla realizzazione, secondo parte della dottrina e al di là dell'aspetto nominalistico, avrebbe anch'esso natura concessoria, essendo comunque subordinato a una verifica di carattere discrezionale. L'ASL definisce gli standard ed esercita funzioni di vigilanza nei confronti dei soggetti privati erogatori.

Nelle Residenze socio-assistenziali sono ricoverati anziani malati, con pluripatologie croniche, dalle quali deriva spesso la non autosufficienza.

Le problematiche legate alla gestione delle RSA sono di diverso ordine, ma è evidente che una pluralità di fattori quali autorizzazione, accreditamento e convenzionamento per una parte dei posti letto, la presenza dei medici di medicina generale, responsabili delle terapie e convenzionati col servizio sanitario nazionale, la dipendenza dai SISP per l'accesso al tampone, sono tutti elementi che riportano a un coinvolgimento importante della Regione e delle ASL in ordine al coordinamento, al controllo, al supporto di tali strutture.

Infine è il caso di rilevare che diversi interventi normativi nazionali e regionali hanno posto in capo agli operatori privati obblighi su cui la pubblica amministrazione è tenuta a vigilare.

1) La Legge 208/2015, all'art. 1, comma 539, prevede che "le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario";

2) La legge 24/2017, all'art. 1, stabilisce che "La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale."

3. Da aprile 2020 i primi interventi della Regione nelle RSA

Da fine marzo **la gravità della situazione impone un cambiamento di approccio al tema RSA, che si sostanzia a partire dall'individuazione di una precisa responsabilità in unità di crisi a partire dal 1 aprile**. Nei giorni precedenti vengono inviate alle strutture le prime note regionali e viene adottata la prima DGR. Con la nota prot. n. 15343 del 25 marzo 2020 sono state fornite indicazioni operative per le RSA con riguardo agli ospiti ammessi o riammessi in struttura. Con la nota prot. n. 15863 del 27 marzo 2020 vengono fornite indicazioni in ordine alla vigilanza sulle strutture residenziali per anziani e disabili, tra cui in particolare la predisposizione di un piano che garantisca l'adeguata allocazione degli ospiti risultati positivi, mediante l'isolamento e l'adozione di tutte le cautele ritenute necessarie per tutelare gli ospiti e il personale; infine la prima DGR n. 2 -1181 del 31 marzo 2020 con cui è stato approvato il Protocollo di Intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento COVID-19 e sono state fornite indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA. Il protocollo limita ancora agli operatori le operazioni di screening: "è indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale".

a) Le forniture di DPI

Il 18 marzo con la nota 14216 il direttore Aimar e il commissario Coccolo scrivono ai direttori generali delle Aziende per conoscere numero delle strutture e degli operatori sanitari di ciascuna ai fini di distribuire i DPI carenti, ma le forniture sono col contagocce e non riescono a soddisfare la domanda. Riferisce Colaci (Confapi) in gruppo di indagine: "**All'epoca, c'era il problema dei DPI e noi siamo stati lasciati da soli in balia delle onde, perché all'epoca i DPI non si trovavano**". Le RSA sono anche destinatarie di un lotto delle mascherine "Miroglio", non adeguate a offrire un sufficiente livello di protezione. Le strutture si trovano a doversi rifornire principalmente in maniera autonoma, cosicché si aprirà, nei mesi a seguire, il tema del ristoro dei maggiori costi sostenuti.

L'11 agosto invece il DIRMEI scrive alle ASL per invitarle a dotarsi entro il 30 di settembre di scorte da destinare alle ASL di DPI e ossigeno per almeno sei mesi. Inoltre, entro "le commissioni aziendali di vigilanza, a partire dagli accessi effettuati dal primo settembre 2020, dovranno verificare che tutte le strutture residenziali dispongano di scorte adeguate di Dpi per far fronte ad almeno 3 mesi di fabbisogno calcolato sui massimi consumi riscontrati durante la pandemia".

Anaste, associazione nazionale strutture terza età, risponde alla nota del Dirmei: "l'approvvigionamento di scorte di ossigeno e di farmaci per far fronte ad un eventuale ritorno dell'infezione da Covid 19 all'interno delle nostre Residenze deve essere fatto in collaborazione con i Medici di medicina generale, in quanto ai sensi della vigente D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, **tutti i farmaci devono essere forniti dal S.S.R. tramite la prescrizione del medico curante dell'anziano ospitato presso le nostre residenze": vale a dire non possiamo fare le scorte che ci chiedete di fare perché non sappiamo chi ci sarà e se si ammalerà.**

“Inoltre, si coglie l'occasione per ribadire alla S.V. che **le ns. strutture socio-sanitarie non sono adeguate ad assistere pazienti in fase acuta**, per cui in caso di eventuale insorgenza della patologia da Covid 19 fra i ns. ospiti, essi saranno inviati tramite il servizio di emergenza sanitaria del 118 presso strutture sanitarie idonee ad assistere pazienti acuti; 3. infine, per quanto concerne la fornitura di D.P.I. per almeno tre mesi, si fa notare che le ns. residenze sono ancora in attesa di ricevere il rimborso da parte della Regione Piemonte dei maggiori oneri sostenuti per l’acquisto dei D.P.I. utilizzati per la gestione della prima fase della pandemia, mediamente stimati in 5 euro giornalieri a posto letto”.

b) La carenza di OSS e infermieri

Tra le problematiche sollevate in numerosissime comunicazioni degli enti locali e dei gestori di strutture all’unità di crisi e agli assessorati competenti vi è la carenza di personale infermieristico e OSS nelle strutture, a causa del diffondersi del contagio, del reclutamento effettuato dalle strutture pubbliche e dalle maggiori esigenze dei pazienti affetti da covid19.

La D.G.R. n. 4-1141 del 20 marzo 2020 “Indicazioni inerenti la sostituzione del personale nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani, disabili e minori in contesto emergenziale da diffusione covid-19” interviene sulle carenze di personale delle strutture e secondo Caucino (IV commissione del 17 aprile), con “tale provvedimento, la Giunta ha potuto, al verificarsi dell’emergenza, fronteggiare all’assenza del personale nelle strutture residenziali, semiresidenziali sociosanitarie, socioassistenziali per anziani, disabili e minori procedendo alla sostituzione del personale assente con l’assunzione di 650 dipendenti”. **L’assessore ha così ammesso una evidenza, cioè che si è ricorso a personale non adeguatamente qualificato in supplenza di quello ordinario, mentre la stessa delibera consentirebbe di impiegare soltanto “operatori a supporto, ovvero che lavorino sempre in affiancamento a un O.S.S.**, che: • stiano frequentando un corso O.S.S.; • abbiano conseguito l’attestato di qualifica professionale di assistente familiare; • abbiano svolto, con regolare contratto di lavoro, per almeno 6 mesi, anche non consecutivi, mansioni di assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti o disabili; • a conclusione di un corso di studio di istruzione superiore della durata di 5 anni che si conclude con il rilascio di un diploma di maturità, abbiano conseguito il diploma di Tecnico dei Servizi Socio-Sanitari; • abbiano conseguito la laurea triennale in Educazione Professionale (classe di laurea L/SNT2); • siano in possesso del titolo di infermiere volontario (D. Lgs. N. 66 del 2010, art. 1729 c.c. e ss.)”.

L’argomento dell’affiancamento a personale esperto come requisito indispensabile delle assunzioni in ruolo di personale sotto-qualificato ha consentito alla Regione di difendere di fronte alla magistratura amministrativa il provvedimento impugnato da una associazione di categoria di operatori socio-sanitari. **La tesi è stata accettata dal Tar Piemonte, nell’ordinanza 258/2020 pubblicata il 1° maggio 2020.**

L’impegno a sostenere le strutture in carenza di personale è ribadito dalla DGR 31 marzo 2020, n. 2-1181 con cui si approva lo schema di Protocollo d’intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento COVID-19 e indicazioni operative sull’assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le RSA.

il 25 marzo, ad esempio, una nota dell’unità di crisi assegna complessivamente 25 infermieri militari, di cui 3 sull’asl Torino, alle RSA in sofferenza.

Il 30 marzo Boraso e Coccolo scrivono ai direttori delle aziende al fine di acquisire una rilevazione dei fabbisogni di personale nelle strutture residenziali per anziani e disabili, impegnandosi alla ricezione ad inviare ai responsabili di distretto i nominativi di OOSS e infermieri in graduatoria, mentre non sono disponibili graduatorie utilizzabili.

Questo primo intervento sembra pagare poco: ad esempio il 26 aprile la cooperativa Punto Service scrive all’Asl di Novara e per conoscenza alla giunta, per rifiutare i nuovi inserimenti di covid positivi e sollecitando

la presa in carico di 25 positivi dalle strutture che ha in gestione, dei quali nel frattempo si prenderà cura "tenendo conto della altissima percentuale di operatori assenti per malattia e della impossibilità di trovare operatori disponibili sul mercato del lavoro. A questo riguardo Vi segnaliamo che **dopo essere rimasti "vittime" di assunzioni di nostri operatori da parte del SSN, abbiamo ricevuto dal SSN stesso scarsi elenchi di operatori (nessun I.P.), tutti già occupati e/o in malattia/quarantena e/o che non si sono in ogni caso resi disponibili, una volta contattati, a lasciare il proprio posto di lavoro**".
Il 23 aprile anche Villa Primule Gestioni scrive all'unità di crisi: "Vi precisiamo che il personale è decimato da malattie oltreché da una, a nostro parere improvvida, ricerca di personale realizzata dalla Regione Piemonte nei confronti del personale delle nostre RSA".
La nota dell'Unità di crisi prot. n. 17811 del 7 aprile 2020 avente ad oggetto "Emergenza da Covid-19. Incremento dell'attività assistenziale territoriale/alberghiero e residenziale mediante personale infermieristico" individua la possibilità di inviare task force medico infermieristiche nelle strutture residenziali che ne facciano richiesta scritta, motivata e a fronte di criticità debitamente relazionate. In diversi casi l'invio avviene, con problematiche sollevate dai sindacati rispetto all'invio in orario di lavoro e non in prestazione aggiuntiva, come avviene poi in seconda fase.

4. **Screening e accessi nella prima ondata**

Il tema dello screening della popolazione residente in RSA e del personale impiegato potrebbe apparire slegato rispetto alle disposizioni relative alle limitazioni all'accesso alle strutture, ma finisce per intrecciarvisi strettamente **se si considera l'estrema permeabilità "naturale" di queste strutture, cui si aggiunge una movimentazione "artificiale" in entrata di pazienti per scelte della Giunta Regionale.**
Bisogna infatti considerare che queste strutture, al di là dei visitatori, conoscono fisiologicamente nuovi inserimenti, per quanto ridotti in quel periodo. Inoltre esiste un considerevole "via vai" di utenti di ritorno dall'ospedale per delle prestazioni specialistiche, eventualità tutt'altro che infrequente nelle RSA. E infine tutto il personale (dipendente o no, ad esempio i medici di medicina generale) che, esaurito il proprio turno di servizio, ritorna alle proprie case e alla propria vita privata.
A questo ordinario flusso in entrata e in uscita, che comporta di per sé rischi ingenti, si aggiunga la scelta relativa all'impiego delle RSA quali polmone per un sistema ospedaliero vicino al sovraccarico e un sistema di assistenza territoriale inidoneo a garantire una risposta adeguata.
Se già la circolare 1997 del 22 gennaio 2020 indicava le persone anziane tra "le più suscettibili alle forme gravi", in materia di limitazioni alle visite, l'ordinanza ministeriale 20A01277 del 23 febbraio 2020 stabilisce che le Direzioni sanitarie ospedaliere pubbliche e private convenzionate debbano predisporre la massima limitazione dell'accesso dei semplici visitatori nelle aree di degenza, che le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali di post acuzie, fra cui ad esempio le RSA, devono limitare l'accesso dei visitatori e degli ospiti.
La circolare ministeriale 5443 del 22 febbraio 2020 prevede inoltre che "i casi confermati di covid19 devono essere ospedalizzati", ma questo in Piemonte, per i pazienti delle RSA, non avviene.
A titolo di esempio, Residenza Riccardo Bauer di Berzonno di Pogno il 23 aprile scrive alla presidenza della Regione e agli assessorati competenti: "Ci preme sottolineare, infine, che con riferimento alla circolare Ministero della Sanità n. 0013468-18 del 18/04/2020 la nostra struttura non è in grado di garantire un servizio infermieristico h/24 e pertanto, se continuerete a rifiutare il ricovero dei pazienti acuti, dovremo provvedere a erogare un servizio compatibile con l'attuale stato di necessità."
Una circolare, la 7865 del 25 marzo 2020 del ministero della salute imponeva inoltre uno screening sistematico di tutti gli operatori delle strutture residenziali:

"*- È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2*".
Il 27 marzo il bollettino regionale riporta che "l'Unità di Crisi della Regione ha disposto di effettuare il test sierologico a tappeto per tutti i dipendenti e gli ospiti delle oltre 700 case di riposo del Piemonte" e la DGR n. 2 -1181 del 31 marzo 2020 impegna la Regione a valutare un "programma graduale di monitoraggio sierologico". Di questa campagna non vi è ulteriore traccia, mentre quasi un mese dopo la DGR 21 aprile 2020, n. 1-1253 dispone l'attivazione di un piano di screening tramite test sierologici a favore del personale del SSR, dei medici specialisti ambulatoriali, degli operatori del 118 e dei medici convenzionati.
Dalle notizie fornite in commissione e alla stampa è possibile ricavare che nella prima parte di aprile parte una campagna di screening nelle RSA mediante tampone molecolare. Una campagna che si concluderà soltanto l'8 maggio, raggiungendo 40mila ospiti e dei 13mila dipendenti.
Il 31 marzo l'unità di crisi scrive alle RSA per informare della procedura di attivazione delle credenziali necessarie per l'accesso al portale covid Piemonte. **Tuttavia al 30 aprile, lamenta ANASTE, le RSA non sono ancora in grado di accedere all'applicativo per la gestione dei casi covid, con una media di 6 giorni di attesa per l'esito dall'effettuazione dell'esame.**
Il Ministero della Salute il 3/4/2020 emana il documento "Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio", dove stabilisce tra le priorità, stante la difficoltà del sistema nell'effettuazione di test diagnostici:
"*- operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori), per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l'eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;*
- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie 5 epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari".
Infine, solamente il 17 aprile l'ISS produce le "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie", che fissano "*In base alle indicazioni regionali e alla disponibilità, richiedere un tampone ai residenti durante un nuovo ingresso o un trasferimento per dimissioni protette dall'ospedale*".
A fronte di queste indicazioni, resta estremamente difficoltoso l'accesso al tampone almeno a tutto il mese di aprile. A titolo di esempio, il verbale dei NAS del 13 aprile, in accesso alla RSA Madama Cristina, riporta ad esempio come la struttura avesse richiesto i tamponi "*per sei ospiti e per tutto il personale però l'incaricata dell'ASL ha riferito che i tamponi saranno inviati, ma unicamente per i dipendenti, non*

essendocene a sufficienza". Inoltre la richiesta, del 13 aprile, viene evasa solo il 21 aprile. Per questo caso l'ipotesi è di epidemia e omicidio colposi.
Agli atti dell'unità di crisi, una nota della RSA Carlo Alberto, coop. Il quadrifoglio, riferisce, dopo primi 8 tamponi a pazienti e 20 a operatori a marzo, di aver potuto contare su uno screening completo dei dipendenti soltanto al 17 aprile e solo nell'ultima settimana di aprile per gli ospiti. Nel sollecito inviato per lo screening degli ospiti, si legge: "*i pochi tamponi effettuati alla data odierna (23 aprile), tutti successivi alla data del 12 marzo, si sono di fatto caratterizzati come segue: Somministrazione operata solo presso alcuni presidi ed a seguito di comparsa sintomatologica o di ricovero, pertanto, con prevedibile contagio ormai diffuso ormai già intervenuto […], somministrazione operata per lo più in forma parziale e non sistemica* […], *in alcuni casi, addirittura, comunicazione ritardata di positività al tampone rispetto ad ospiti inviati in rsa dalle strutture ospedaliere*" (sic!).

5. La dgr n. 14-1150/2020

Nella migliore delle ipotesi, la macchina regionale registra con ritardo quello che sta capitando a marzo e aprile 2020 nelle RSA: ci sarebbe da chiedersi quale sia stata l'attività svolta dalle commissioni di vigilanza in quei mesi terribili del 2020.
Una scarsa consapevolezza e una mancanza di controlli in cui si inserisce la dgr n. 14-1150/2020 e le sue controverse vicende. Quest'ultima, adottata in giunta il 21 marzo e anticipata in consultazione a diversi soggetti, prevedeva la facoltà di trasferire pazienti covid positivi dagli ospedali verso le RSA. **Solo nella versione pubblicata, il 10 aprile, la DGR specificava che i pazienti dovevano avere "bisogni sanitari compatibili con l'assistenza in RSA"** e che faceva riferimento alla necessità di "netta separazione degli spazi, percorsi e personale dedicati". **Tuttavia nelle quasi tre settimane che intercorrono tra la consultazione e la pubblicazione accadono delle cose.**
Già il 24 marzo, con la nota 15121 il responsabile del coordinamento sanitario Boraso e il commissario dell'unità di crisi si affrettavano a richiedere ai direttori generali e sanitari delle aziende di indicare strutture residenziali con disponibilità di posti per pazienti "dimissibili". La nota specifica la necessità di ospitarne almeno 10 – 15 per volta, in "strutture o parti di strutture da un lato non in contiguità con altre ospitanti al momento pazienti non covid e dall'altro potendo garantire già una strutturata e solida capacità gestionale".
La nota 18735, del 14 aprile, a seguito della pubblicazione della DGR nella sua versione definitiva distingue due casistiche: "Rsa non ancora attive, e quindi vuote" e "Rsa già funzionanti e che intendano candidarsi ad ospitare solo pazienti covid, mediante inserimento di pazienti covid positivi insieme a pazienti tutti covid positivi". Nel secondo caso, si ha cura di specificare che l'area dedicata ai pazienti covid "deve essere completamente isolata dal resto della struttura e dotata di accessi, percorsi dedicati e personale separato". Viene inoltre specificato che i nuovi inserimenti o dimissioni da ospedale verso RSA, per pazienti non covid, devono esser fortemente limitati e comunque devono passare attraverso un tampone negativo e 14 giorni di isolamento.
Una gestione della comunicazione almeno confusionaria di cui nessuno vuole assumersi la paternità: nella quarta commissione del 17 aprile "l'Assessore Caucino precisa che lei può rispondere delle delibere da lei sottoscritte e che questa attiene alla competenza dell'Assessore alla sanità Icardi".
Ciononostante, dopo la DGR, il 24 aprile l'Asl To 4 pubblica un avviso per disponibilità "a ricoverare presso le vostre RSA pazienti covid positivi" e le ASL trasmettono il giorno stesso l'avviso pubblico ai direttori delle RSA del loro territorio (nota 23467 dell'Asl di Novara, nota 26381 dell'ASL CN 2, nota 40394 Asl TO4).
Pochi giorni dopo, il 29 aprile, **l'unità di crisi si affretta a chiedere all'ASL di rettificare l'avviso**, dovendosi esplicitare la richiesta di "nuclei vuoti, immediatamente disponibili, con percorsi e personale dedicati".

Il 27 aprile ANASTE replica preoccupata alle richiesti di ricovero: “la fascia assistenziale alta incrementata da voi richiamata prevede parametri assistenziali non adeguati per un paziente ad alto bisogno di assistenza sanitaria” (46 minuti al giorno tra infermiere e fisioterapista), inoltre “vi sollecitiamo a non ridurre la disponibilità di posti letto all’interno dei reparti ospedalieri piemontesi dedicati ai pazienti affetti dal covid19, in quanto all’interno delle RSA piemontesi sono presenti 4000 ospiti risultati positivi, che devono essere presi in carico dal SSR per assicurare loro le cure sanitarie dovute”.
Da fonti giornalistiche, riportate nei lavori del gruppo di indagine, è stato possibile apprendere che la magistratura sta indagando su quanto successo in quelle settimane nelle RSA Chiabrera e D’Azeglio di Torino, dove il 24 marzo sarebbero arrivati 60 ospiti da Martini, Mauriziano e Molinette, autorizzati senza che la commissione di vigilanza dell’ASL verificasse lo stato dei luoghi di persona, mentre altrettanti pazienti della Chiabrera venivano spostati alla D’Azeglio per fargli spazio, senza verificarne la negatività.
Risultano quindi indagati anche una responsabile della vigilanza sulle RSA dell’unità di Crisi, che si dimette, e gli 8 commissari che effettuarono 4 sopralluoghi dal 24 marzo al 14 maggio senza prescrizioni significative, mentre non si registravano ingressi e uscite, i percorsi erano misti, non c’era attenzione ai DPI.
Mancherebbero inoltre fondamenti giuridici su cui furono autorizzati quei trasferimenti: il richiamato atto ministeriale che autorizzava al trasferimento di pazienti, del 1 marzo, faceva riferimento a “non affetti” da covid e a “strutture private autorizzate all’esercizio di attività sanitaria”. Un’altra nota ministeriale, del 22 gennaio, ammoniva che “le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi di coronavirus”.

6. Seconda ondata

Anche nel corso della seconda ondata le strutture residenziali finiscono nuovamente sotto pressione, nonostante i forti limiti ai nuovi inserimenti e agli accessi di familiari non abbiano conosciuto significativi allentamenti durante l’estate. I numeri mostrano tuttavia una situazione più sotto controllo rispetto alla prima ondata.
Il 3 novembre il Dirmei scrive alle RSA di non trasferire in p.s. pazienti che non siano in condizioni gravi e questo nonostante i reiterati allarmi del settore sulla difficoltà, per strutture dal carattere assistenziale, di differenziare adeguatamente percorsi e personale.
Il rimbalzo di responsabilità tra RSA e sistema sanitario sul ricovero dei malati di covid19 è una costante. Il tema veniva già sollevato nel corso della prima ondata (vedasi nota Anaste 27 aprile indirizzata a Coccolo).
A titolo di ulteriore esempio, nel corso della cabina di regia monitoraggio RSA della Città metropolitana di Torino del 16 ottobre, Anaste “chiede ad oggi quante RSA per pazienti Covid positivi dell’area geriatrica siano stati individuati in tutta la regione e quanti posti letto disponibili ci sono. Perché a loro risulta, come associazione di categoria, che non superano i 200 posti su un totale dei 26.000 autorizzati ed accreditati dalla Regione Piemonte”. Pone la questione più volte nel corso della riunione, senza risposte.
Esce a metà novembre un nuovo protocollo sulle RSA, che vieta le visite di parenti (che nei fatti solo pochi direttori sanitari avevano autorizzato) e prevede un tampone negativo, poi 14 giorni di isolamento e nuovamente un tampone negativo per essere riammesso nella Rsa dalla quale era stato ricoverato in ospedale oppure in una struttura dedicata esclusivamente ad ospitare anziani positivi al Covid. Lo stesso percorso, per garantire l’assoluta negatività, è richiesto in caso di primo inserimento nella casa di riposo.
Nel mese di novembre aprono finalmente alcune RSA vuote destinate a soli malati Covid: a Torino e in provincia tra le altre la Botticelli, la Debouchè, la Piccola Mole, Moncrivello e altre ancora.

Una circolare del Dirmei, firma Manno e Dassio, del 13 novembre, impedisce l'ingresso di nuovi ospiti in RSA qualora ci sia un positivo al covid. Praticamente sono impediti nuovi ingressi ovunque e i soggetti gestori reagiscono con durezza.

I direttori delle RSA, una novantina, il 30 novembre, scrivono a Cirio e alle ASL, segnalando:

1. Mancanza il personale sanitario e sociosanitario
2. Inadeguata quantificazione dei parametri assistenziali
3. Insufficiente osservazione clinica dei mmg
4. Mancanza degli inserimenti e calo dei ricavi del 20%

Inoltre in più occasione si lamenta il mancato intervento all'interno delle RSA delle USCA.

Intanto interviene una parziale retromarcia della Regione, che aveva precedentemente impedito nuovi ingressi in caso di presenza di un positivo in struttura, mentre ora indica la responsabilità ultima decidente in capo al direttore sanitario.

Un provvedimento del 30 novembre 2020 dalle Direzioni della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute consente in occasione delle festività natalizie, l'ingresso nelle RSA ai parenti e la regione annuncia l'intenzione di mettere a disposizione il tampone rapido per i visitatori.

Altri interventi significativi della Regione nel corso della seconda ondata:

a) *i medici a disposizione per chi è privo di direttore sanitario*

Nelle RSA il direttore sanitario che non ha competenza di cura sugli utenti, ma solo di organizzazione della struttura; le strutture sotto i 40 ospiti possono non avere un direttore sanitario. I degenti continuano invece ad avere il loro medico di medicina generale, spesso diverso tra i pazienti e, durante la pandemia, con evidenti difficoltà di presenza, più volte segnalate dalle associazioni dei familiari; per tutto quello che invece riguarda l'apporto specialistico, questo viene reperito fuori dalla struttura, movimentando gli ospiti. Nel corso della seconda ondata, per ovviare almeno in parte a queste esigenze, la Regione ha annunciato la messa a disposizione personale medico perché svolgesse la funzione di direttore sanitario.

b) *fornitura di tamponi rapidi*

Nel corso della seconda ondata sono stati forniti 700.000 tamponi rapidi alle Rsa per effettuare uno screening ogni 15 giorni (la prima partita da 70.000 è stata consegnata il 26 ottobre, le altre sempre da 70.000 lo saranno il 9 novembre, 23 novembre, 7 dicembre, 21 dicembre, 4 gennaio, 18 gennaio, 1° febbraio, 15 febbraio, 1° marzo); 15.000 nelle residenze per disabili, 12.500 nelle residenze per minori, 20.000 nelle residenze psichiatriche, 5.000 nelle residenze per persone affette da dipendenza.

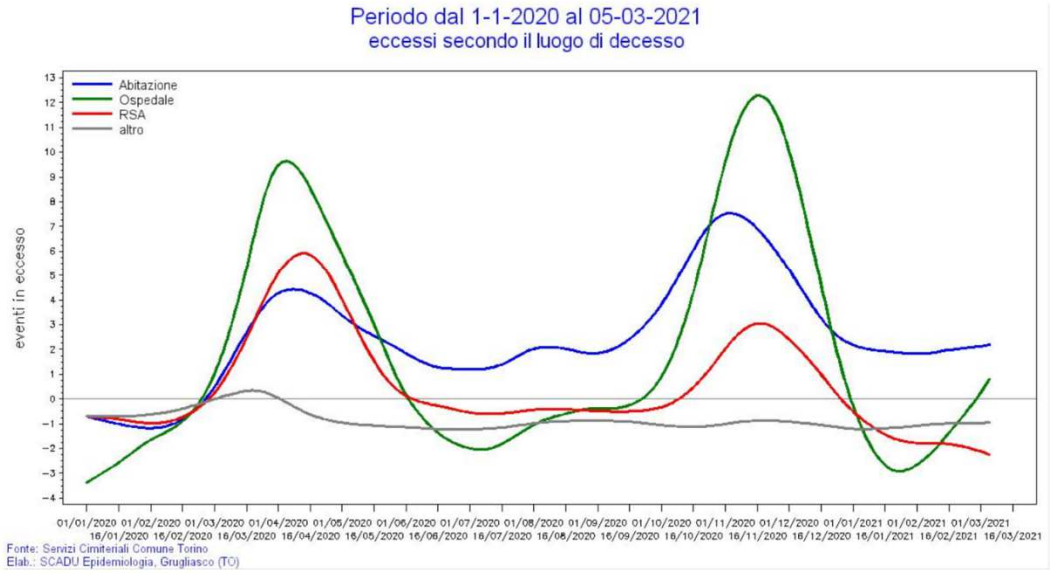
c) *L'Osservatorio*

La DGR 7 agosto 2020, n. 38-1858 istituisce in via permanente un Osservatorio regionale sulle RSA, articolato in tavoli provinciali.

7. I numeri del contagio nelle RSA

Nel corso della quarta commissione del 6 aprile 2020 viene riferito che relativamente ai tamponi effettuati all'interno delle diverse RSA, su 3000 effettuati, circa 1300 hanno dato un esito positivo al coronavirus. I tamponi effettuati complessivamente in Piemonte sono stati circa 40.000, di cui 3000 appunto all' interno delle RSA.

Al 17 aprile 2020, in commissione sanità, il dr. TEGANI riferisce che non tutti i pazienti deceduti nelle R.S.A. hanno effettuato il tampone e che nel primo trimestre 2020 sono stati registrati 388 decessi in più rispetto al primo trimestre dello scorso anno una differenza, precisa, non eclatante e in misura percentuale inferiore al 20%.
A partire dal 22 giugno i dati delle RSA vengono monitorati con una piattaforma predisposta dal CSI e si abbandona l'invio settimanale di fogli excel. Con l'ordinanza del 3 ottobre diventa un obbligo per le strutture caricare i propri dati in piattaforma e questo porta ad un incremento notevole delle strutture adempienti. A fine 2020 si è raggiunto circa l'80% delle strutture con l'applicativo.



8. Sostenibilità economica e organizzativa

L'epidemia ha duramente messo alla prova anche la sostenibilità del sistema delle RSA. Durante tutto l'arco dell'epidemia infatti sono progressivamente venuti meno i nuovi inserimenti, sia in regime di convenzione, sia in regime privatistico. Contemporaneamente, una elevata mortalità colpiva la popolazione residente e avvenivano diversi ritiri.
Si consideri che il Piemonte, a partire dal 2014, ha eliminato il vincolo della DGR n. 85 del 2013, per cui i risparmi del settore socio sanitario residenziale geriatrico non hanno più vincolo di destinazione ma finiscono nel fondo indistinto delle ASL. In questo modo si sono ridotte nell'anno in corso le risorse destinate ai posti letto convenzionati, producendo risparmi per milioni di euro per il sistema Piemonte e allungandosi le liste d'attesa.
Alcuni dati d'insieme:

- Gli anziani malati cronici non autosufficienti in attesa di un posto residenziale in convenzione in Rsa erano al 31 dicembre 2017, 10.389 persone; al 31 dicembre 2018, 10.769 persone; al 31 dicembre 2019, 11.105 persone (interrogazioni n. 216 e 218).

- La spesa del SSR di compartecipazione alle rette di ricovero in RSA era di 244.895.983 euro nel 2017, 249.402.754 nel 2018 e 249.370.350 nel 2019, partendo da una spesa storica di 265 milioni indicata dai gestori in gruppo di indagine.
- I posti letto accreditati in Piemonte sono 29.595 al 31.12.2019. Di questi, circa 2000 sono restano vuoti, a disposizione del mercato e dei ricoveri di sollievo o di continuità terapeutica.
- Tutto il sistema residenziale sociale conta circa 45.000 posti letto e 780 strutture.
- Si stima che con 265 milioni si potrebbero convenzionare all'incirca 16.500 posti letto; nel 2020 la spesa è stata circa di 220 milioni.

Con queste premesse, è possibile dedurre che i posti letto convenzionati siano passati dai 15.500 circa che si sono coperti negli ultimi anni a circa 13.700 del 2020.
Analoga riduzione, per ritiri e decessi, dovrebbe aver interessato anche gli inserimenti in regime privato.
Il risparmio prodotto è stato utilizzato per sostenere (vedi infra) ristori e integrazioni per i posti convenzionati.
Altre regioni invece hanno reagito rendendo ancora più rigido il vincolo per tutelare le strutture: non riuscendo a garantire i nuovi inserimenti in sostituzione dei decessi, hanno adottato il pagamento vuoto per pieno.
Politiche più espansive sono inoltre state adottate nelle altre regioni in materia di DPI. Le associazioni dei gestori – in audizione in commissione di indagine – hanno indicato in audizione una media di 26 euro a paziente convenzionato e 15 euro a paziente privato, di contributo regionale per l'acquisto di DPI, mentre in Piemonte "l'Assessorato alla Sanità della Regione ha stanziato 13 milioni di euro che verranno erogati sulla base dei costi sostenuti durante la pandemia e consentire ai vari enti mantenere l'equilibrio economico-finanziario", dichiara l'assessore Icardi.
Si tratta della DGR 1-2252 del 10 novembre e della rettifica 3-2433 del 1 dicembre 2020, che, oltre al resto, include altri soggetti (Ipab, Enti Morali, Enti pubblici e consorzi) e sposta al 20 dicembre il termine per la rendicontazione delle spese.
Una differenza davvero significativa che sarà in parte colmata dal DDL 128 "Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche", adottato dalla Giunta Regionale il 23 dicembre 2020. Il DDL prevede risorse importanti a favore del sistema RSA per ristorarle dai maggiori oneri legati alla pandemia Covid19. L'integrazione tariffaria prevista vale 2,65 euro a giornata per le strutture per anziani; 1,5 per le strutture per persone con disabilità, con patologie psichiatriche o per i minori; 1,20 per le strutture per persone affette da tossicodipendenza, impegnando in tutto oltre 40 milioni di euro. 30 mln arrivano dal SSN, 6,3 milioni sono stati ricavati dai rimborsi della nuova legge regionale sulle concessioni idroelettriche, 2 milioni dal fondo sull'edilizia sociale e 1,8 milioni dal fondo premi di risultato dei dirigenti della Regione. Il provvedimento diventa legge il 20 gennaio 2020.
Peraltro resta aperto un dubbio importante sulla copertura dei 4,2 milioni di euro (6,3 nel disegno di legge originale) derivanti dalla conversione monetaria della cessione di energia elettrica gratuita alla Regione da parte dei concessionari. Se è vero infatti che la norma su cui riposa il finanziamento (articolo 17 della legge regionale 31 marzo 2020, n. 7) non è stata impugnata dal Governo, resta un fatto la volontà politica nazionale di riappropriarsi della competenza, esplicitata anche dall'impugnativa della legge regionale 26 del 29 ottobre 2020 "Assegnazione delle grandi derivazioni ad uso idroelettrico". Non è un caso che martedì 29 dicembre, in Consiglio Regionale, l'assessore Marnati riferisca dell'intendimento di alcuni player del settore di resistere al pagamento per vie legali.

Allo stesso modo sussistono dubbi di legittimità sulle risorse del Servizio sanitario destinate ai ristori, in quanto attinte dal capitolo finanziamento Lea per le quote sanitarie, che sono state anche oggetto di un esposto alla Corte dei Conti da parte della Fondazione Promozione Sociale.
In particolare, la legge prevede che agli oneri finanziari derivanti dall'articolo 2 (vale a dire l'integrazione tariffaria per i maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2 sostenuti dalle strutture contrattualizzate e convenzionate di tipo sanitario e socio-sanitario, con riguardo alle prestazioni acquistate nel periodo intercorrente dal 21 febbraio 2020 al 30 giugno), quantificati in euro 30.000.000,00, si provveda con risorse a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale, di cui alla missione 13 (Tutela della salute), programma 13.01 (Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA), titolo 1 (Spese correnti).
La Dgr 13-2888 del 19 febbraio 2021, provvedimento attuativo della Legge regionale, all'Allegato 1, punto 3, considera "ammissibili a rendicontazione le spese relative: a) alla sanificazione degli ambienti (ad esempio, detergenti e soluzioni disinfettanti/antisettici e servizi di sanificazione); b) all'acquisto di dispositivi di protezione individuale; c) alle maggiori spese per il personale assunto nei periodi di cui al successivo punto 4; d) allo smaltimento dei rifiuti speciali; e) a specifici investimenti per la messa in sicurezza degli ospiti e degli operatori (ad esempio, costi strutturali e logistici per l'isolamento degli ospiti positivi e la definizione di percorsi separati; f) a specifici investimenti volti a migliorare la qualità dell'assistenza con interventi finalizzati a garantire il benessere psicofisico degli ospiti nel contesto emergenziale (ad esempio, costi per l'acquisto di dispositivi medici, per la gestione delle comunicazioni con le famiglie degli ospiti anche attraverso sistemi di video chiamata o per garantire modalità di accesso sicure dei famigliari in visita agli ospiti della struttura)".
Si tratta dunque di prestazioni non rientranti nelle prestazioni Lea – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie – così come definite dal Dpcm 12 gennaio 2017 e pertanto si andrebbe a configurare una spesa con fondi Lea che sfuggirebbero così alla perimetrazione delle spese sanitarie obbligatorie.
La Corte dei Conti non risulta si sia ancora espressa sul punto, ma all'inaugurazione dell'anno giudiziario il procuratore generale della magistratura contabile ha indicato in "numerosi" i fascicoli aperti relativi ai decessi nelle RSA e alle spese della pubblica amministrazione connesse all'emergenza.
La determina per la presentazione delle istanze è la 604 del 28 aprile 2021.
Infine, è da considerarsi un'istanza legata all'adeguamento delle tariffe piemontesi, ferme al 2012 in virtù del blocco causato dal piano di rientro.
La generale penuria di personale qualificato per affrontare l'emergenza, in particolare OOSS e infermieri, ha finito per scaricarsi con maggior intensità proprio sulle strutture private, in grado di offrire contratti e garanzia meno concorrenziali sul mercato del lavoro. **In questo senso, a poco sono servite le azioni di compensazione attuate dalle ASL, che hanno messo a disposizione limitate risorse di personale per supplire alle carenze di personale delle strutture che spesso esse stesse avevano contribuito a creare.**
Peraltro, circa le modalità, non sono mancate in audizione le rimostranze anche da parte dei lavoratori. Infatti nel corso del gruppo di indagine del 16 novembre Bertaina (CISL) lamenta che "i dipendenti delle ASL […] vengono mandati a coprire non solo prestazioni di carattere USCA, ma pure turnazioni intere anche di 12 ore, perché in diverse situazioni non esiste più un operatore in RSA. La stessa cosa che è successa nella prima ondata, con la differenza che, durante la prima ondata, il dipendente veniva mandato quasi esclusivamente in orario di servizio; tra l'altro, atto illegale e giuridicamente non corretto, di natura anche penale, perché un dipendente pubblico non può sostituire intere turnazioni in un contesto privato, tant'è vero che sono partite diverse segnalazioni alla Procura, molte delle quali sono al vaglio. Sulla seconda

ondata, nell'urgenza, grazie alle Organizzazioni sindacali qui presenti, sono state fatte molte pressioni e si è riusciti a ottenere che il dipendente pubblico viene comunque mandato a coprire queste turnazioni, però per fortuna viene mandato a coprirle in prestazioni aggiuntive. Che cosa significa? Viene mandato a coprirle al di fuori del proprio orario di lavoro: si creano delle convenzioni con le RSA, che hanno un prezzo economico di tariffa oraria che si aggira attorno ai 30-35 euro, dove sostanzialmente almeno si recupera l'inghippo che il privato in questione pagherà l'ASL, che pagherà i dipendenti".
In ultimo, in sede di audizione delle associazioni dei gestori, è stata sollevata la problematica dell'indisponibilità o del prezzo elevato degli strumenti assicurativi dedicati al comparto.

9. Conclusioni

In conclusione, dalle risultanze del gruppo di lavoro, è possibile trarre:

1. Per i primi due mesi almeno di epidemia **il tema RSA è stato deliberatamente ignorato** e poi accantonato, sulla scorta di una errata convinzione sull'isolamento delle strutture e di interpretazione sbagliata della natura giuridica delle strutture. Una mancanza grave, che ha portato a terribili conseguenze, e che non può comunque giustificarsi. Infatti, indipendentemente dalla natura giuridica delle strutture, la fragilità particolare dei cittadini lì ricoverati imponeva in ogni caso alla Regione di intervenire con tempestività in ordine alle sue funzioni di tutela della salute pubblica.
2. **Non è possibile, per le RSA, separare con efficacia spazi (buona parte delle camere sono pensate per ospitare due persone), percorsi e personale (che inevitabilmente deve turnare, entrando e uscendo dalla struttura) e garantire quindi il contenimento del contagio interno qualora si presentassero casi di positività, ancorché asintomatici**. È necessario individuare strutture in grado di accogliere, temporaneamente, gli utenti delle RSA che risultassero positivi.
3. **Non è possibile utilizzare le RSA con posti vuoti per scaricare le tensioni del sistema ospedaliero**. È possibile solo nel caso si ricorra a strutture vuote e autonome da altre, nei percorsi, nelle attrezzature e nel personale.
4. Stante la velocità con cui si propaga il contagio e l'importante numero di chi sviluppa la malattia in maniera asintomatica o paucisintomatica, facilmente confondibile con altre patologie influenzali più comuni, **è necessario provvedere a screening periodici almeno bisettimanali**, anche ricorrendo a strumenti semplificati, quali il tampone c.d. rapido o il test sierologico. La normativa e l'attività di vigilanza conseguente deve individuare anche standard di scorte di DPI per le strutture.
5. Al fine di evitare il continuo spostamento verso l'ospedale degli utenti delle strutture, con grave stress degli stessi e notevoli rischi di contagio, **è tempo di rivedere l'organizzazione di queste strutture perché l'assistenza medica venga riorganizzata in forma di equipe multidisciplinare**, coinvolgendo gli specialisti necessari ad affrontare le patologie tipiche e frequenti di una popolazione tanto fragile, anche ripensando all'attuale modello che consente all'ospite di scegliere il proprio medico di medicina di generale. Si potrebbe consentire al direttore sanitario di assumere in carico gli ospiti della RSA e istituire un medico responsabile di struttura.
   Inoltre, per quanto concerne l'aspetto sanitario, è anche il caso di sottolineare che le Rsa con meno di 40 infermi non hanno l'obbligo della presenza di un Direttore sanitario (oggi circa 340 RSA in Piemonte hanno il direttore sanitario su 800), mentre per quanto concerne le strutture più complesse vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale, sovrintendendo più Rsa. E che infine i medici delle Rsa intervengono a livello individuale nei confronti dei degenti che hanno in carico e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario.

In questo quadro, sarebbe quindi interessante, piuttosto che definire standard sulla presenza del direttore o sul minutaggio di certe figure, introdurre indicatori di risultato (quanti ricoveri e di che tipo, quanti invii inappropriati, etc…) cui collegare un sistema di premialità.

6. Stanti i rischi e i costi dei ricoveri in RSA, nonché alcuni limiti intrinsechi e insuperabili di questo tipo di strutture, **è indispensabile sviluppare il sostegno all'assistenza domiciliare**. L'ADI dovrebbe essere ricompresa in un unico servizio domiciliare del Servizio sanitario nel quale far confluire l'ospedalizzazione a domicilio, le prestazioni sanitarie dell'Adi, e le prestazioni domiciliari di cui necessitano 24 ore su 24 i malati non autosufficienti, con l'erogazione di un contributo economico, anche forfettario, dell'Asl. Il Piemonte è già dotato di una legge avanzatissima sul tema, la legge regionale 10 del 2010, di cui manca l'approvazione del regolamento attuativo, in modo da garantire in tutto il Piemonte il diritto all'accesso a questi sostegni.
7. Nella Relazione 2020 del Difensore civico, si dava conto di "narrative dei cittadini pervenute a questo Ufficio nel periodo della fase più acuta della pandemia: alcune di esse volte a sostenere la inaccettabilità dei provvedimenti governativi limitativi della libertà di visita ai parenti, altre, più ponderate e condivisibili, che evidenziavano come, dall'applicazione delle rigorose regole adottate con i Dpcm, fosse conseguito, in non pochi casi, un evidente peggioramento della condizione di salute psicofisica dei propri cari". La normativa nazionale e regionale ha individuato, per quello che riguardava la regolamentazione degli ingressi dei familiari, una responsabilità finale in capo al direttore sanitario di struttura che, in molti casi, ha preferito sospendere questa possibilità. Diverse strutture non hanno riaperto a questa possibilità neanche nel periodo estivo. Si pone dunque il tema di garantire ai familiari la possibilità di accedere alle strutture per permettere di mantenere un legame coi propri familiari – che non sono dei reclusi – e d'altro canto di attendere a funzioni di cura integrativa e di controllo. Se le restrizioni legate all'epidemia dovessero protrarsi ancora, **bisognerebbe aprire, ai familiari interessati, percorsi di formazione per dotarli di quelle competenze necessarie ad accedere alle strutture in sicurezza**, garantendo contestualmente gli strumenti di screening e protezione individuali. Per alcune situazioni familiari infatti, la presenza costante e continuativa di un familiare di riferimento acquista un rilievo paragonabile a quello del personale di cura.
8. È necessario al più presto un intervento organico e complessivo, da concertare con le associazioni categoria e le associazioni degli utenti, **sul budget da garantire per gli inserimenti in struttura e lo scorrimento delle liste d'attesa, sull'adeguamento delle tariffe e le quote di compartecipazione** e sui ristori per le maggiori spese legate al periodo emergenziale, che possa garantire la sostenibilità dei servizi negli anni a venire. In questo quadro, non è secondario un confronto Stato – Regioni per la profonda revisione delle cure nelle Rsa, non solo per l'aumento della percentuale di oneri a carico sanità (che dovrebbe essere almeno del 70%), ma per la piena appartenenza delle RSA alla filiera del percorso di continuità terapeutica sanitaria.
9. Al tempo stesso sarebbe necessaria l'apertura di un tavolo per la radicale revisione delle delibere sulla **presa in carico dei malati cronici non autosufficienti**, revisionando i criteri selettivi introdotti dalle Dgr approvate in vigenza del piano di rientro, limitanti gli ingressi in convenzione. La pandemia ha dimostrato – se mai ve ne fosse bisogno – che le gravi patologie e le loro complicanze, anche fatali, in RSA non guardano alla condizione sociale o socio-economica, ma alla condizione clinica degli utenti, sola condizione che sarebbe da tenere presente per la predisposizione delle opportune prestazioni a loro favore.

CONCLUSIONI

Le risultanze di questo gruppo di lavoro sono sicuramente parziali e necessiteranno di ulteriori approfondimenti da parte della quarta commissione nei mesi a venire.
Sono numerose infatti le questioni, che per indisponibilità varie e limiti di tempo non sono state affrontate. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, si possono indicare le questioni legate alle politiche di implementazione e contingentamento nell'uso dei trasporti pubblici, la questione della scuola e delle relative politiche di screening, isolamento e tracciamento, le azioni messe in campo verso i settori più fragili della popolazione (detenuti, migranti, senza fissa dimora).
Altre invece non sono state oggetto di esame perché ancora di attualità per poter essere esaminate e discusse proficuamente in gruppo di lavoro e non in quarta commissione: il reale impatto del covid sulle liste d'attesa e sulla migrazione verso il settore privato di utenti del SSN, l'efficacia delle disposizioni organizzative in materia di vaccinazioni, la portata reale della terza ondata della primavera 2021.
Lo stesso contenuto degli argomenti passati in rassegna subisce i limiti del mancato confronto in gruppo di lavoro con l'assessorato e dei tempi spesso sacrificati per lo svolgimento del gruppo di lavoro e dello scarso preavviso disponibile per le convocazioni.
Tuttavia il lavoro di quest'anno ha permesso di evidenziare **una serie di importanti ritardi regionali nell'affrontare l'emergenza**, anche a fronte dei comportamenti più puntuali delle altre regioni e delle sollecitazioni di operatori, sindacati, utenti e forze politiche. Eccone alcuni.
L'iniziale approccio restrittivo ai tamponi, solo parzialmente superato a metà della seconda ondata e mai definitivamente abbandonato per difficoltà mai del tutto chiarite; le mancate assunzioni nel corso dell'estate del 2020; la mancanza di un piano per il recupero delle liste d'attesa nei momenti in cui l'epidemia consentiva al sistema sanitario di rifiatare; la rimozione e poi la grave sottovalutazione della fragilità delle RSA nel corso della prima ondata; i ritardi nell'approntamento dei posti letto Arcuri e le strutture straordinarie di OGR e Valentino attivate quando ormai era oggettivamente tardi.
A questi ritardi hanno fatto da contrappunto annunci continui a cui si è dato ben poco seguito (di nuovo, si pensi alla capacità di processare tamponi, di potenziare il personale o le strutture) e **tentativi di allontanare le responsabilità dalla Giunta Regionale**. A volte scaricandole su singoli elementi dell'unità di crisi, altre volte istituendo gruppi di esperti o di lavoro (talvolta con presenze politiche), cariche consulenziali o organismi dalle competenze non sempre definite, altre volte ancora imbastendo polemiche francamente superflue con il governo o con lavoratori del settore sanitario.
In definitiva, se guardiamo a quello che è stato, pur concedendo tutte le attenuanti del caso, legate a una emergenza senza eguali dal secondo dopoguerra a oggi e che ha messo in crisi sistemi regionali ben più solidi del nostro, **emerge un giudizio negativo alla gestione complessiva dell'emergenza**, dovuto a ritardi evitabili su questioni abbondantemente segnalate e a una confusione di ruoli, responsabilità e annunci a effetto superflui.

Rivolgendo lo sguardo al presente, sono almeno due le questioni che ci preme segnalare con maggior forza che derivano dall'esperienza dell'anno passato.
Il tema del personale in particolare, non avendo le aziende sostituito le cessazioni di personale assunto a tempo indeterminato se non parzialmente e con assunzioni a tempo determinato, getta un'ombra inquietante sui prossimi mesi. Non abbiamo il dato relativo alle assunzioni e alle cessazioni a tempo indeterminato del 2021, in compenso sappiamo per certo che molte delle assunzioni a tempo determinato

effettuate nell'emergenza coi fondi nazionali stanno volgendo al termine e arriva il tempo di riconoscere al personale stremato ferie arretrate.
Di fronte all'eventualità affatto remota di una quarta ondata dai contorni non definibili, sarebbe importante muoversi con tempestività sul mercato assunzionale nazionale e nel predisporre canali di collaborazione con quei paesi che si sono dimostrati disponibili ad aiutare e collaborare, per non farsi cogliere nuovamente impreparati alla ripartenza di settembre.
In secondo luogo, anche in queste settimane**, spicca il numero basso di tamponi molecolari** processati in Piemonte rispetto alle altre regioni. I numeri di adesso, di gran lunga inferiori non solo alla capacità dichiarata, ma anche a quella effettivamente raggiunta, non si spiegano se confrontati con le altre regioni. Non si tratta di una maggior appropriatezza piemontese, ma semplicemente di un atteggiamento mirato al risparmio che consente al virus di circolare con minor controllo. I pochi tamponi piemontesi ci dicono che per tutta la pandemia la nostra regione ha sottostimato il reale numero di contagi (e questo in parte spiega le maggiori ospedalizzazioni piemontesi), mentre l'esperienza ci dice che il tracciamento è importante soprattutto nelle fasi basse della curva dei contagi, quando il tracciamento può essere ancora efficace. Oltre una certa soglia infatti diventa difficile, quando non impossibile, ricostruire tutte le catene di contagio e si registrano gravi ritardi nella presa in carico dei casi. Occorre dunque spingere nelle prossime settimane, per tenere sotto controllo il virus e per stimare realmente la gravità della situazione.
Torniamo a sollevare queste problematiche perché non vorremmo **ritrovarci impreparati** a una nuova recrudescenza del virus come è capitato a settembre 2020, nonostante vi fossero più aspetti che permettessero di valutare come probabile una seconda ondata. Il quadro attuale diverso, dovuto all'avanzamento della campagna vaccinale e alle connesse misure di contenimento (green pass) non basta da solo a fornire sufficienti elementi di rassicurazione assoluta.

Il principale compito per il futuro è invece valutare lo **stato attuale dell'assistenza che si garantisce ai pazienti non affetti da coronavirus**, misurare e individuare le criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e recuperare i ritardi sulle liste d'attesa. Non basterà però soffermarsi a dati meramente quantitativi sui tempi d'attesa per le singole prestazioni: è da mettere infatti in conto **un lavoro di recupero al Servizio Sanitario Nazionale dell'utenza**, specie quella più fragile, migrata verso il settore privato per l'impossibilità, in questi mesi, di fruire del SSN. Non si tratta semplicisticamente di persone che "se lo potevano permettere", ma spesso e volentieri di persone che non avevano alternative per tutelare il proprio diritto alla salute, che hanno affrontato sacrifici importanti perché il sistema era nell'impossibilità di garantire loro un diritto costituzionalmente riconosciuto.
L'incidenza della malattia rende però altrettanto urgente la predisposizione di percorsi multidisciplinari di monitoraggio, accompagnamento e cura di coloro che soffrono del c.d. **long covid**, la cui portata e durata nel tempo è ancora tutta da comprendere appieno.
Allo stesso modo è emersa con forza l'esigenza di **implementare i servizi di sostegno psicologico**, per il personale sanitario in primis, ma anche per pazienti e familiari, nel periodo della degenza e dopo.
Infine, tra le tante questioni che questa pandemia ha sollevato, vi è la non più rinviabile discussione di un **nuovo piano sociosanitario** per la nostra regione che, dall'ingresso in piano di rientro, non ha più rinnovato questo strumento di programmazione, con particolare attenzione al potenziamento dei servizi territoriali e rivolti alle cronicità. Un sistema, quello piemontese, pensato per una popolazione più giovane e con diversi bisogni di salute, arrivato pericolosamente infragilito all'appuntamento col covid19. Agli interventi spot e parziali, si ritiene preferibile una discussione di più ampio respiro, che possa riorganizzare la rete territoriale estendendo la medicina di gruppo, la medicina di rete e il ruolo degli infermieri di comunità e dei relativi

ambulatori e, d'altro canto, **sostenere l'assistenza domiciliare** attraverso la riunione dei servizi di ospedalizzazione a domicilio, le prestazioni sanitarie dell'Adi e, potenzialmente, il mantenimento e la riconversione delle USCA. Per converso, per le strutture residenziali, è tempo di **rivedere l'organizzazione interna, perché l'assistenza medica venga riorganizzata** in forma di equipe multidisciplinare e perché vengano aumentati i budget per garantire gli inserimenti in struttura e lo scorrimento delle liste d'attesa, l'adeguamento delle tariffe e le quote di compartecipazione, revisionando i criteri selettivi introdotti dalle Dgr approvate in vigenza del piano di rientro nelle delibere sulla presa in carico dei malati cronici non autosufficienti.

In questo quadro, giusto per accenno, **l'appuntamento con le risorse del PNRR ha una valenza decisiva**: si tratta di garantire una presenza nuova sul territorio di strutture, case e ospedali di comunità, che non può risolversi in operazioni nominalistiche sui servizi esistenti, ma deve garantire una vera implementazione dei servizi. Con l'obbiettivo di dare piena e moderna attuazione all'articolo 32 della Costituzione Italiana.