ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE
DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Archivio istituzionale della ricerca

I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:
Mattia Casula, Andrea Terlizzi, Federico Toth (2020). I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19. RIVISTA ITALIANA DI POLITICHE PUBBLICHE, 15(3), 307-336 [10.1483/98732].

Availability:
This version is available at: https://hdl.handle.net/11585/808769 since: 2021-02-27

Published:
DOI: http://doi.org/10.1483/98732

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (https://cris.unibo.it/).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

17 December 2025

This is the final peer-reviewed accepted manuscript of:

Mattia Casula, Andrea Terlizzi, Federico Toth (2020), I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19, *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 15 (3): 307-336

The final published version is available online at:

https://doi.org/10.1483/98732

Rights / License:

The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in thepublishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (https://cris.unibo.it/)

When citing, please refer to the published version.

I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19

Mattia Casula, Andrea Terlizzi e Federico Toth

1. Introduzione

L'emergere della recente epidemia di COVID-19 sta sempre più attirando l'attenzione di studiosi di policy e dell'amministrazione pubblica, interessati ad analizzare le nuove sfide poste in essere da tale pandemia. Fino ad oggi, l'attenzione è stata prevalentemente rivolta alla fase iniziale di gestione dell'emergenza, analizzando – in diversi contesti nazionali – le risposte adottate per far fronte al propagarsi della pandemia. Ciò ha portato negli ultimi mesi alla proliferazione, all'interno della letteratura internazionale di settore, di numerosi e variegati contributi che si sono differenziati sia per i referenti empirici considerati, sia per l'approccio teorico-analitico adottato. Tradizionali concetti come quelli di policy style (Mei 2020), policy design e state-capacity (Capano 2020), policy instruments (Rocco *et al.* 2020) o crisis management (van den Oord *et al.* 2020) sono stati, ad esempio, applicati a molteplici referenti empirici, in diversi contesti nazionali, spaziando dalle risposte dei governi nazionali (Capano *et al.* 2020) alle relazioni centro-periferia (Bouckaert *et al.* 2020), fino alle risposte delle amministrazioni locali (Dzigbede *et al.* 2020) o ancora a quelle da quest'ultime co-prodotte con organizzazioni community-based (Cheng *et al.* 2020). Focalizzandosi sul caso italiano, il presente articolo prova a contribuire a questo emergente dibattito internazionale. In particolare, ci si soffermerà su un livello di governo fino ad ora poco investigato nella letteratura internazionale di settore, ossia quello sub-nazionale (che nel caso italiano coincide con le regioni), interrogandoci se, e come, i preesistenti assetti organizzativi ed istituzionali dei singoli servizi sanitari regionali abbiano influito sui relativi modelli d'intervento nella fase emergenziale.

Com'è noto, in Italia opera un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) altamente decentrato, che attribuisce grande autonomia gestionale alle singole amministrazioni regionali. Fin dai primi anni Novanta, le regioni italiane hanno avuto la possibilità di adottare strategie e modelli organizzativi anche molto dissimili tra loro. Tra i servizi sanitari regionali (SSR) si riscontrano differenze significative non solo in termini di modalità organizzative, ma anche in termini di qualità dei servizi offerti (Mapelli 2007; Pavolini 2008; Pammolli e Salerno 2011; Pavolini 2011; Mapelli 2012; Toth 2014a; Toth 2014b; Bobini *et al.* 2019; Ministero della Salute 2019a). È quindi plausibile che anche di fronte a una sfida comune e globale, come quella rappresentata dalla diffusione del Coronavirus, i singoli sistemi regionali abbiano fornito risposte non uniformi.

L'obiettivo dell'articolo è confrontare le modalità organizzative tramite cui i sistemi sanitari regionali di Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna hanno risposto al propagarsi dell'epidemia di COVID-19.

È bene precisare fin da subito che in questo articolo ci occuperemo esclusivamente delle risposte organizzative approntate dai sistemi sanitari delle quattro regioni analizzate. Il focus è dunque sull'organizzazione sanitaria in senso stretto. Non ci occuperemo pertanto né degli aspetti medici ed epidemiologici (come il Coronavirus sia andato diffondendosi, quali terapie si siano rivelate più efficaci, etc.), né delle misure di ordine pubblico (quali lockdown, zone rosse, chiusura di scuole e uffici, distanziamento sociale, etc.) o di politica economica. Come arco temporale, ci si limiterà alla cosiddetta «Fase 1», ossia al periodo compreso tra il 31 gennaio 2020 (data in cui il Consiglio dei Ministri ha dichiarato lo stato d'emergenza) e il 4 maggio 2020 (data in cui, con l'entrata in vigore del DPCM del 26 aprile, è ufficialmente iniziata la «Fase 2»).

La scelta di concentrarsi su Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte e Veneto si giustifica con il fatto che queste sono state le regioni italiane più colpite dalla diffusione dell'epidemia, in termini sia di decessi sia di contagi accertati.

Il tema qui affrontato, ovvero le modalità con cui i sistemi sanitari regionali hanno fronteggiato l'emergenza sanitaria, è stato oggetto di dettagliate cronache giornalistiche nonché fonte, nel corso degli ultimi mesi, di un acceso dibattito pubblico, cui i media hanno dato grande risonanza. La narrazione giornalistica prevalente tende a enfatizzare le differenze tra un «modello lombardo» e un «modello veneto» di risposta alla crisi sanitaria. Semplificando il dibattito, e stando alla versione – almeno finora – maggiormente rilanciata dai media, la Lombardia avrebbe commesso una serie di gravi errori, soprattutto nelle prime settimane di gestione della crisi. Il Veneto, al contrario, avrebbe fin da subito adottato le misure più opportune, minimizzando così gli effetti letali dell'epidemia. I media nazionali hanno prestato minore attenzione alle azioni intraprese in Piemonte e in Emilia-Romagna: non è quindi chiaro quali misure siano state adottate in queste due regioni, e se esse risultino più vicine al modello lombardo oppure a quello veneto.

Le domande a cui questo articolo cerca di dare risposta sono essenzialmente due.

Per prima cosa, ci domandiamo se, e sotto quali aspetti, le modalità con cui i SSR di Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte e Veneto hanno fronteggiato l'epidemia siano state simili o dissimili tra loro. Davvero Lombardia e Veneto hanno incarnato due modelli antitetici? E se questo è vero, come collocare le risposte approntate in Emilia-Romagna e Piemonte?

In seconda battuta, ci chiediamo se la reazione delle quattro regioni di fronte alla crisi sanitaria discenda dalle modalità con cui i SSR erano organizzati già prima che scoppiasse la pandemia. Detto in altri termini: è plausibile ipotizzare che le caratteristiche organizzative dei singoli sistemi sanitari regionali abbiano condizionato le modalità di risposta all'emergenza epidemiologica? Dal momento che il sistema sanitario italiano (così come altri sistemi sanitari europei) non aveva mai affrontato una emergenza epidemica di tale gravità, ci aspettiamo che gli assetti organizzativi ed istituzionali dei sistemi sanitari regionali – non disegnati per affrontare una simile emergenza – abbiano influito fortemente sulle scelte di policy, così come già documentato da Capano (2020) per quanto riguarda la risposta a livello nazionale. Ci aspettiamo infatti che le scelte siano state inevitabilmente di natura *path-dependent* e fortemente influenzate dai preesistenti assetti organizzativi.

I dati utilizzati e riportati in questo articolo derivano da una sistematica rassegna di documenti ufficiali e di articoli di giornale. Questi ultimi sono stati selezionati attraverso lo strumento *Google News*. L'intervallo di date preso in considerazione corrisponde al periodo

della Fase 1 (31 gennaio – 4 maggio 2020). La ricerca si è fondata su specifiche parole chiave[1] rilevanti per le dimensioni maggiormente approfondite nella ricostruzione dei quattro casi regionali: le modalità di contenimento dei focolai; il ruolo assegnato all'assistenza ospedaliera e a quella territoriale; la strategia adottata per la somministrazione dei tamponi. Sebbene sia stata data priorità a testate giornalistiche con doppia diffusione online e cartacea, in alcuni casi sono parsi rilevanti anche articoli di testate con sola diffusione on-line.

L'articolo è organizzato nel modo seguente. Il prossimo paragrafo (par. 2) sarà dedicato alle misure adottate a livello nazionale, e quindi valide per tutte le regioni. Nel terzo paragrafo si cercherà di mettere in luce, per ognuna delle quattro regioni analizzate, le caratteristiche strutturali dei rispettivi sistemi sanitari che possono avere condizionato il modo in cui essi hanno reagito all'epidemia. I paragrafi successivi (dal quarto al settimo) saranno dedicati ognuno all'analisi di un caso regionale. Il paragrafo conclusivo servirà per tirare le fila, e per rispondere ai quesiti di ricerca formulati in precedenza.

2. Le misure adottate a livello nazionale

Per fronteggiare la diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, il governo nazionale ha adottato alcune misure, uniformi per tutte le regioni. Tali misure sono contenute in alcuni decreti legge approvati dal Consiglio dei Ministri nel mese di marzo (principalmente il D.L. n. 14 del 9 marzo, e il decreto «Cura Italia» del 17 marzo) e in diverse circolari emanate dal Ministero della Salute tra fine febbraio e metà aprile 2020.

Le misure adottate a livello nazionale sembrano perseguire principalmente i seguenti obiettivi:

1. fornire alle regioni più risorse economiche per fronteggiare l'emergenza sanitaria;
2. facilitare il reclutamento di personale sanitario;
3. ampliare la capacità ricettiva delle strutture ospedaliere, in particolare nei reparti di terapia intensiva.
4. predisporre strutture e percorsi separati per i pazienti contagiati da Coronavirus;
5. istituire unità di assistenza domiciliare per la gestione dei pazienti contagiati non ricoverati in ospedale.
6. definire un approccio uniforme all'effettuazione dei test diagnostici, in particolare dei tamponi rino-faringei.

Risorse extra e allentamento dei vincoli

Il governo nazionale ha proceduto a stanziare nuovi fondi per consentire alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale di fronteggiare l'emergenza epidemiologica. Il Decreto «Cura Italia» ha previsto, per il solo SSN, oltre 1,4 milioni di euro. Il decreto «Rilancia Italia», approvato a maggio, ha stanziato ulteriori 3,2 milioni per il comparto sanità. Tali risorse sono finalizzate principalmente al reclutamento e alla remunerazione del personale sanitario, al potenziamento della capacità ricettiva delle strutture ospedaliere, e alla realizzazione di strutture ad hoc per

[1] Le stringhe di ricerca utilizzate sono state: (*nome regione*) AND covid AND focola*; (*nome regione*) AND covid AND ospedal*; (*nome regione*) AND covid AND territor*; (*nome regione*) AND covid AND tampon*.

la gestione dell'emergenza. Queste ultime – provvisoriamente, e per la sola fase d'emergenza – possono essere attivate anche in assenza degli usuali requisiti autorizzativi e di accreditamento. Eventuali interventi edilizi destinati a tale fine possono essere realizzati in deroga ai piani regolatori e ai regolamenti edilizi locali.

Reclutamento di nuovo personale

Il governo nazionale ha consentito – per il solo periodo connesso all'emergenza sanitaria – una serie di deroghe alla legislazione vigente, finalizzate a facilitare il tempestivo reclutamento di ulteriore personale sanitario. Alle aziende sanitarie è stato concesso di reclutare anche medici non ancora in possesso del titolo di specializzazione, purché iscritti all'ultimo o al penultimo anno della scuola di specialità. Sempre per facilitare l'arruolamento di giovani medici, è stato temporaneamente abolito l'esame di stato per l'abilitazione alla professione medica. In via provvisoria, ai laureati in Medicina abilitati è stato concesso di assumere incarichi di sostituzione di medici di famiglia convenzionati con il SSN.

Alle regioni è stata inoltre data la possibilità di trattenere o di richiamare in servizio personale medico e infermieristico, anche in deroga ai limiti d'età previsti per il trattamento in quiescenza. E' stato infine consentito l'esercizio (temporaneo) della professione a personale sanitario iscritto non all'albo italiano, ma a quello di un paese estero.

Aumento della capacità ricettiva

Alle regioni e alle singole aziende sanitarie è stato chiesto di individuare le opportune soluzioni organizzative per soddisfare il repentino incremento dei ricoveri dei pazienti affetti da COVID-19, soprattutto quelli in terapia intensiva con necessità di assistenza respiratoria. È stato pertanto previsto un significativo incremento del numero di posti letto nei reparti di Terapia intensiva, Pneumologia e Malattie infettive.

Alle regioni è stato suggerito di coinvolgere le strutture private accreditate, soprattutto per l'accoglienza e la presa in carico dei pazienti non affetti da Coronavirus.

Al fine di convogliare tutte le proprie energie sull'assistenza ai soggetti contagiati da COVID-19, le aziende sanitarie sono state invitate a sospendere (o comunque a rimodulare) le attività programmate non urgenti, e quindi differibili. Va sottolineato come le ultime misure non costituiscano obblighi, ma semplici raccomandazioni del governo nazionale: è stata quindi lasciata discrezionalità alle singole amministrazioni regionali.

Strutture e flussi separati

Il governo nazionale ha chiesto alle regioni di identificare una o più strutture ospedaliere da dedicare esclusivamente alla gestione dei pazienti affetti da COVID-19 (i cd. «COVID hospital»). Più in generale, la raccomandazione proveniente dal Ministero della Salute è stata di tenere il più possibile separati (ed isolati) i flussi assistenziali relativi ai pazienti COVID (altamente contagiosi), da quelli dei pazienti affetti da altre patologie.

L'assistenza extra-ospedaliera: le «USCA»

Per sorvegliare e prendersi cura dei soggetti contagiati in isolamento domiciliare, alle regioni è stato richiesto di istituire delle «*unità speciali di continuità assistenziale*» (USCA). Tali unità speciali sarebbero state istituite – una ogni 50.000 abitanti – presso sedi di continuità

assistenziale (ovvero del servizio di "guardia medica"), sarebbero state gestite da medici di medicina generale, e si sarebbero occupate della sorveglianza attiva e dell'assistenza a domicilio dei pazienti affetti da COVID non ricoverati in ospedale.

Indicazioni sulla somministrazione dei tamponi

Nel tentativo di uniformare l'approccio all'effettuazione dei tamponi rino-faringei, il 26 febbraio 2020 il Consiglio Superiore di Sanità ha fornito alle regioni alcune raccomandazioni[2]. Il documento redatto dal Consiglio Superiore indicava di sottoporre a tampone solo i pazienti con sintomi da infezione respiratoria che nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi fossero stati a stretto contatto con un caso (confermato o anche solo probabile) di infezione da COVID-19 oppure avessero soggiornato «in aree con presunta trasmissione comunitaria». L'indicazione iniziale del Consiglio Superiore di Sanità è stata dunque di somministrare i tamponi solo ai soggetti sintomatici gravi, in base alla convinzione – esplicitata nel documento del 26 febbraio – che «il contributo apportato da potenziali casi asintomatici nella dinamica della diffusione epidemica appare limitato» e che «in assenza di sintomi, il test non appare al momento sostenuto da un razionale scientifico, in quanto non fornisce un'indicazione indicativa ai fini clinici e potrebbe essere addirittura fuorviante». Il profilo da sottoporre a tampone viene ulteriormente chiarificato il 9 marzo da una circolare del Ministero della Salute[3], che conferma – in maniera più dettagliata – le disposizioni del Consiglio Superiore di Sanità. Sebbene la circolare preveda tre profili diversi da sottoporre a tampone, il criterio fondamentale resta la comparsa di sintomi riconducibili all'infezione acuta da Coronavirus.

3. I modelli regionali, prima dell'arrivo dell'epidemia

Come si è accennato in apertura, ogni singola regione ha facoltà di organizzare l'erogazione dei servizi sanitari sul proprio territorio nel modo che ritiene più opportuno. A partire dagli anni Novanta, forti dell'autonomia loro concessa, le amministrazioni regionali hanno quindi potuto perseguire strategie differenti (Maino 2001; Mapelli 2007; Fiorentini *et al.* 2008; Toniolo 2009; Toth 2014b; Terlizzi 2019a; Terlizzi 2019b).

La Lombardia ha tradizionalmente valorizzato l'offerta ospedaliera, facendo ampio affidamento sui fornitori privati (Mapelli 2012). Anche sul piano retorico, la strategia della Regione Lombardia è stata di alimentare la competizione tra fornitori pubblici e privati, lasciando ai pazienti la libertà di scegliere dove farsi curare (Neri 2006; Brenna 2011; Gori 2018).

Emilia-Romagna e Veneto hanno invece attribuito maggiore importanza alla programmazione pubblica e all'integrazione delle cure (Mapelli 2007). I sistemi sanitari di queste due regioni, per quanto diversi tra loro, presentano – rispetto al sistema lombardo – una struttura di offerta più pubblica. Nel corso degli anni, Veneto ed Emilia-Romagna, pur senza trascurare la rete ospedaliera, hanno inoltre investito molte risorse (sia economiche, sia organizzative) nel potenziamento dell'assistenza territoriale (Toniolo 2009; Carboni e Toth

[2] Consiglio Superiore di Sanità, «Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-COV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico», 26 febbraio 2020.

[3] Ministero della Salute, «COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso», 9 marzo 2020.

2013).

Il sistema sanitario piemontese pare collocarsi in una posizione intermedia (Toth 2014a): nel corso degli ultimi tre decenni, anche a seconda dell'orientamento della giunta in carica, il Piemonte ha in parte dato l'impressione di ispirarsi al modello lombardo (adottando tuttavia misure meno radicali), in parte se ne è distaccato (Neri 2006; Mapelli 2007; Carboni e Toth 2013). Rispetto a quello lombardo, il sistema sanitario piemontese risulta meno aperto al privato, e meno focalizzato sull'assistenza ospedaliera.

Se questa è un'inquadratura di massima dei quattro sistemi regionali, proviamo ora a fornire qualche dato più puntuale.

L'architettura complessiva

Fin dagli anni Novanta, il modello lombardo ha rappresentato un caso sui generis (Mapelli 2007; Brenna 2011; Toth 2014a). In Lombardia, più che nelle altre regioni, si è infatti voluto dare compimento alla logica del 'mercato interno' introdotta dalla riforma del 1992-93 (Neri 2006; Fiorentini *et al.* 2008). Questo ha comportato una netta separazione – a livello organizzativo, e quindi verosimilmente anche a livello funzionale – tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale (Mapelli 2012).

Fino alla riforma del 2015 (l.r. 23 del 2015), in Lombardia l'assistenza ospedaliera era in capo a 29 aziende ospedaliere (Ao), mentre l'assistenza territoriale era attribuita a una quindicina di aziende sanitarie locali (Asl). Con la riforma lombarda del 2015, l'assetto organizzativo del SSR lombardo è stato rivoluzionato: Asl e Ao sono state soppresse e al loro posto sono state create 27 Aziende socio-sanitarie territoriali (Asst) e 8 Agenzie di tutela della salute (Ats). La logica della riforma lombarda del 2015 non è facile da decifrare (Gori 2018): non è infatti chiaro se il nuovo assetto sia, nei fatti, davvero più integrato del precedente, e se l'integrazione tra ospedale e territorio vada ricercata più a livello di Asst (aziende incaricate dell'erogazione di tutte le cure, sia quelle territoriali sia quelle ospedaliere) o a livello di Ats (cui sono attribuiti compiti di programmazione, ma non di erogazione). Ciò che è sicuro è che la Lombardia è oggi l'unica regione italiana che non è organizzata in Asl (o perlomeno non utilizza tale dizione). L'architettura del SSR lombardo finisce inoltre – almeno sulla carta – per essere più frammentata rispetto alle altre regioni. In Italia, nella maggioranza dei casi, le Asl corrispondono grossomodo all'ambito provinciale (Toth 2014a). Questo è quello che si verifica, ad esempio in Veneto ed Emilia-Romagna. In Veneto, in seguito alla riorganizzazione del 2016, si hanno oggi 9 Asl a fronte di 7 province. In Emilia-Romagna, si hanno 8 Asl e 9 province. In media, le Asl di Veneto ed Emilia-Romagna hanno un bacino di quasi 550.000 abitanti (Bobini *et al.* 2019).

La situazione è differente in Lombardia e in Piemonte, dove la dimensione media delle aziende territoriali è più ridotta, di poco superiore ai 350.000 abitanti per azienda (Bobini *et al.* 2019). La Lombardia ha oggi un numero di Asst (27) più che doppio rispetto a quello delle province (12). In Piemonte, si contano 12 Asl a fronte di 6 province.

Optare per un numero maggiore di aziende, di dimensioni più piccole, cambia le modalità di coordinamento da parte del governo regionale, e forse può aver avuto un ruolo anche nella gestione dell'emergenza Coronavirus. Da parte dell'assessorato regionale alla sanità sembra infatti più agevole avere come interlocutori solo 8 o 9 direttori generali (come accade in Veneto e in Emilia-Romagna); in Piemonte le aziende da coordinare sono 12, in Lombardia ben 27

(senza contare le Ats).

Perlomeno sulla carta, il SSR lombardo – sia prima della riforma del 2015, sia in seguito – ha insomma rivelato un grado più elevato di frammentazione organizzativa, soprattutto se messo a confronto con quelli veneto ed emiliano-romagnolo.

Il ricorso ai fornitori privati

Una seconda dimensione che distingue il modello lombardo da quello delle altre tre regioni è la maggiore apertura ai fornitori privati (Pavolini 2011; Toth 2014a). Fatto 100 il budget regionale a disposizione per la sanità, la Lombardia esternalizza a fornitori privati il 40,2% del proprio budget. Le altre tre regioni qui analizzate fanno meno affidamento su fornitori esterni: il Piemonte esternalizza il 31,3%, il Veneto il 30,4%, l'Emilia-Romagna il 29,7% (Armeni *et al.* 2019). La media nazionale è del 33,8%, e solo il Lazio fa registrare un valore superiore a quello della Lombardia.

Al di là della quantità di risorse allocate, sembra diverso il ruolo attribuito al settore privato: nella maggioranza delle regioni, i fornitori privati sono complementari al pubblico (viene loro delegato quello che il pubblico non riesce ad erogare, o preferisce non erogare, con mezzi propri); in Lombardia ospedali pubblici e privati accreditati sono messi sullo stesso piano, e sono in competizione gli uni con gli altri.

Ospedale e territorio

Come già anticipato, la Lombardia ha tradizionalmente puntato più sull'assistenza ospedaliera che su quella territoriale. Questo si evince anche dalla ripartizione della spesa sanitaria regionale.

Stando ad alcuni dati non proprio recentissimi (Toth 2014a), la Lombardia destina all'assistenza ospedaliera il 46,8% del proprio budget sanitario. L'Emilia-Romagna destina alle cure ospedaliere il 44,6% della spesa sanitaria regionale, il Veneto il 43,6%, il Piemonte il 43,4%. Poiché il budget non utilizzato per la rete ospedaliera va a finanziare l'assistenza territoriale e collettiva, si deve concludere che la Lombardia ha preferito destinare all'assistenza extra-ospedaliera una quota inferiore di risorse rispetto a quanto abbiano fatto le altre tre regioni.

Al fine di integrare le cure territoriali e domiciliari, il Piemonte e ancora più l'Emilia-Romagna hanno puntato sulle Case della Salute (Brambilla e Maciocco 2016). Il Veneto è invece articolato in Medicine di gruppo integrate[4].

Le cure primarie

Veniamo infine all'assistenza territoriale, e alle modalità con cui sono organizzate le cure primarie. All'interno dell'*Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* (Ministero della Salute 2019b) sono riportati alcuni dati che sembrano confermare la tesi secondo cui la rete delle cure territoriali (e domiciliari) sia meno sviluppata in Lombardia di quanto sia nelle altre regioni. I dati riportati nell'Annuario Statistico del Ministero della Salute si riferiscono all'anno 2017.

[4] Nel modello veneto, le Medicine di gruppo integrate (mgi) consistono in team multi-professionali di medici di medicina generale, pediatri, infermieri e assistenti sociali. A tali team multi-professionali è affidata la presa in carico dei malati cronici e, più in generale, l'assistenza primaria della rispettiva popolazione di riferimento.

In Lombardia c'è una minore disponibilità di medici di famiglia. A fronte di una media nazionale di un medico di medicina generale ogni 1.211 abitanti, in Lombardia il rapporto è di uno ogni 1.400, in Veneto di uno ogni 1.342, in Emilia-Romagna di uno ogni 1.303, in Piemonte di uno ogni 1.272.

Un andamento simile si registra anche in relazione al servizio di guardia medica (rilevante, come si è detto in precedenza, per l'attivazione delle USCA durante l'emergenza COVID-19). In Lombardia si registrano 9 medici titolari di guardia medica ogni 100.000 abitanti, a fronte di una media nazionale di 19 (in Veneto sono 14, in Emilia-Romagna e in Piemonte 10).

Tornando ai medici di famiglia, essi sono liberi di scegliere se praticare in forma individuale oppure in forma associata. In Lombardia la pratica associata si rivela meno diffusa che nelle altre regioni. Percepiscono infatti l'indennità per attività in forma associativa l'84,9% dei medici di famiglia veneti, l'82,9% dei quelli emiliano-romagnoli, il 79,4% di quelli piemontesi, ma solo il 68,9% di quelli lombardi (a fronte di una media nazionale del 70,5%). In Lombardia è insomma maggiore la percentuale di medici di famiglia che preferiscono lavorare da soli.

Un dato importante è quello relativo al numero di casi trattati in «assistenza domiciliare integrata». Rispetto alla popolazione residente (quindi ogni 100.000 abitanti), i casi trattati in Piemonte (1.295) e in Lombardia (1.397) sono meno della metà di quelli assistiti in Emilia-Romagna (3.052) e in Veneto (3.597).

Sulla base degli indicatori appena menzionati, sembrano esserci sufficienti elementi per ritenere che le cure territoriali in Lombardia (ma, in parte, anche in Piemonte) siano meno sviluppate che in Veneto e in Emilia-Romagna.

4. Lombardia

Gestione dei focolai

Il 19 febbraio a Codogno, in provincia di Lodi, si registra il primo caso accertato di paziente italiano affetto da COVID-19. Due giorni dopo, il Ministero della Salute, di concerto con la Regione Lombardia, emana un'ordinanza[5] con la quale si dispongono una serie di divieti per contenere il rischio di contagio e la diffusione del virus limitatamente a una decina di comuni (i comuni della cosiddetta 'zona rossa'). Tali misure riguardano principalmente la sospensione di manifestazioni pubbliche e di attività commerciali, lavorative ed educative; l'ordinanza non contiene tuttavia alcuna misura che riguardi la gestione dell'assistenza ospedaliera e territoriale. La sera del 21 febbraio viene decisa la chiusura dell'ospedale di Codogno. Ulteriori misure vengono disposte il 23 febbraio attraverso un'altra ordinanza[6], che estende a tutto territorio della Regione alcune disposizioni precedentemente previste per la sola zona rossa. Lo stesso giorno, ad Alzano Lombardo, in provincia di Bergamo, vengono individuati due nuovi casi. Come a Codogno, l'ospedale locale viene chiuso, ma viene poi deciso di riaprirlo dopo poche ore senza che vengano messi in atto adeguati interventi di sanificazione.

Sin dai primi giorni dell'emergenza, la tensione tra governo nazionale e Regione Lombardia è alta. Il 24 febbraio, dalla sede della Protezione Civile, il Presidente del Consiglio, Giuseppe

[5] Il Ministero della Salute di Intesa con il Presidente della Regione Lombardia, Milano, 21 febbraio 2020.

[6] Ordinanza del 23 febbraio 2020, «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19», Il Ministero della Salute di Intesa con il Presidente della Regione Lombardia, Milano, Roma, 23 febbraio 2020.

Conte, dichiara: «*non possiamo prevedere l'andamento del virus: c'è stato un focolaio e da lì (il virus) si è diffuso anche per una gestione di una struttura ospedaliera non del tutto propria secondo i protocolli prudenti che si raccomandano in questi casi, e questo ha contribuito alla diffusione*»[7]. Come ammesso anche dall'assessore lombardo al Welfare, Giulio Gallera, nei primi giorni dell'emergenza non sono stati stabiliti protocolli di intervento che limitassero o vietassero l'accoglienza di individui con sintomi influenzali nei pronto soccorso. L'effetto è stato che le strutture ospedaliere si sono trasformate, in molti casi, in centri di moltiplicazione del contagio.

Ruolo dell'assistenza ospedaliera e territoriale

La Regione Lombardia ha operato principalmente sul fronte dell'offerta ospedaliera, prestando minore attenzione all'assistenza territoriale[8], soprattutto a quella domiciliare. Gli sforzi si sono concentrati sull'attivazione di nuove strutture[9] e sull'incremento dei letti in terapia intensiva. A tal fine, è stato reclutato nuovo personale sanitario, sono state coinvolte le strutture private[10], sono stati individuati ospedali hub[11] su cui convogliare i pazienti gravi e urgenti non affetti da COVID-19. Come dichiarato dal direttore vicario dell'OMS, Ranieri Guerra, in data 16 aprile, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) non sono state sufficientemente utilizzate: «*La Lombardia, che ha fatto dell'eccellenza ospedaliera una bandiera in tutto il mondo, si è scoperta quasi totalmente sguarnita dal punto di vista dell'assistenza sul territorio. E se la prima può permettere a un sistema di reggere sul fronte della cura, non può fare altrettanto sul fronte della prevenzione*»[12]. Tale carenza viene confermata anche dallo stesso presidente regionale, Attilio Fontana, secondo cui la Lombardia negli ultimi anni ha trascurato il ruolo dei medici di famiglia, i quali dovrebbero invece costituire «*il primo presidio sanitario delle nostre comunità*»[13]. Le carenze relative alla gestione del territorio ed alla medicina territoriale sono state espresse anche in una lettera inviata il 6 aprile dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia all'assessore Giulio Gallera[14]. Nella lettera si muovono diverse accuse ai vertici del SSR lombardo, tra cui la titubanza nella chiusura

---

[7] Si veda https://www.lastampa.it/cronaca/2020/02/24/news/quarta-vittima-del-coronavirus-in-italia-morto-un-uomo-di-84-anni-ricoverato-a-bergamo-1.38510231.

[8] Riguardo l'assistenza ospedaliera e territoriale, appare importante ricordare che nel 2017 la Regione ha approvato alcuni provvedimenti fondamentali riguardo un nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici. Tale riforma prendeva le mosse da quanto indicato nel Piano Nazionale delle Cronicità, il quale mirava ad un riequilibrio (ed integrazione) tra assistenza ospedaliera e territoriale. I provvedimenti di riordino regionale avevano l'obiettivo di garantire un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa. In base al nuovo modello, il cittadino sceglie il «medico gestore» con il quale sottoscrive un «patto di cura» annuale, sulla base del quale viene stabilito un piano di assistenza individuale. Il «medico gestore» ha dunque il compito di seguire il percorso terapeutico garantendo coordinamento ed integrazione tra i diversi livelli di cura. Per un approfondimento su tali provvedimenti, si vedano https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/presa-in-carico-delle-patologie-croniche/nuovo-percorso-presa-carico-cronico/nuovo-percorso-presa-carico-cronico; https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=73220.

[9] DGR n. 2988 del 27 marzo 2020, «Attivazione struttura sanitaria temporanea della Fondazione Cà Grandra - Ospedale Maggiore Policlinico nei padiglioni messi a disposizione alla Fondazione Ente Fiera Milano».

[10] DGR n. 2903 del 2 marzo 2020, «Prime determinazione in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19»; DGR n. 2905 de 4 marzo 2020, «Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da COVD-19 ed intesa tra associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP, e ARIS) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da COVID-19)».

[11] DGR n. 2906 del 8 marzo 2020, «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

[12] Si vedano https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/16/coronavirus-le-ragioni-del-picco-in-lombardia-guerra-oms-poca-assistenza-territoriale-vineis-css-ospedali-focolai/5771655/; https://www.avvenire.it/attualita/pagine/cosa-ha-sbagliato-la-lombardia

[13] Si veda https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/20_giugno_09/coronavirus-lombardia-fontana-camici-moglie-errori-intervista-3b5d9fa6-a9bd-11ea-b9d7-2bd646fda8c5.shtml.

[14] Si veda https://www.ordinemedici.brescia.it/archivio10_notizie-e-comunicati_6_1926.html.

di alcune aree a rischio, la gestione confusa delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), la mancata fornitura di protezioni individuali ai medici del territorio, la mancata esecuzione dei tamponi agli operatori sanitari. Inoltre, si enfatizza come proprio il mancato governo del territorio abbia determinato la saturazione dei posti letto ospedalieri.

Un errore compiuto in Lombardia, cui gli organi di stampa hanno dato grande risalto, riguarda il coinvolgimento delle RSA, alcune delle quali si sono tramutate in focolai del virus. In una delibera regionale dell'8 marzo[15], al fine di liberare rapidamente i posti letto degli ospedali», la regione ha infatti chiesto di ampliare «la recettività dei pazienti presso le strutture extra ospedaliere», tra cui le RSA. Come dichiarato da Luca Degani, presidente di UNEBA[16] Lombardia, «*chiederci di ospitare pazienti con i sintomi del COVID-19 è stato come accendere un cerino in un pagliaio*»[17].

L'approccio della Lombardia, incentrato prevalentemente sul ricovero ospedaliero, ha inevitabilmente finito per sovraccaricare i nosocomi, che hanno saturato i letti e messo a dura prova il personale sanitario. Solo verso la fine del mese di aprile, si è registrato un (almeno parziale) cambio di strategia, con un graduale passaggio a una gestione combinata ospedale-territorio (ALTEMS 2020).

Effettuazione dei tamponi

Rispetto ad altre regioni, ed in particolare al Veneto, in Lombardia emerge una significativa differenza per ciò che riguarda i tamponi effettuati. Al 28 aprile, il rapporto tra numero di tamponi effettuati e popolazione residente, in Lombardia, è pari al 3,49%, contro il 6,69% in Veneto (Tabella 1). Come dichiarato in conferenza stampa dal prof. Carlo Federico Perno dell'ospedale Niguarda di Milano, «*non dimentichiamo che la Lombardia, non per scelta ma per necessità, ha optato per un tamponamento inizialmente sui sintomatici 'impegnativi', quelli che dovevano poi essere ricoverati*»[18]. La necessità di limitare il numero dei test diagnostici è derivata dal fatto che i laboratori idonei hanno spesso raggiunto la loro capacità massima ed hanno sofferto la mancanza dei reagenti chimici necessari per l'analisi. Come già documentato da Romagnani *et al.* (2020), nel controllo della diffusione virale sono state determinanti le scelte riguardo l'effettuazione del test ai soggetti sintomatici e/o asintomatici. In Veneto, la scelta è stata di testare sia i soggetti sintomatici sia quelli asintomatici, mentre in Lombardia sono stati sottoposti a tampone solo i casi sintomatici gravi.

TAB. 1. *Risposte regionali a confronto.*

	Individui sottoposti a tampone (% popolazione	*Pazienti ospedalizzati/ individui in assistenza domiciliare*	*Numero di USCA istituite*	*Incremento posti letto in Terapia Intensiva*

[15] DGR n. 2906 del 8 marzo 2020, «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

[16] Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale.

[17] Si vedano https://www.internazionale.it/reportage/annalisa-camilli/2020/04/08/brescia-lombardia-contagi; https://www.ilpost.it/2020/04/05/rsa-coronavirus-lombardia/; https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/19/coronavirus-il-caso-rsa-strutture-esclusive-covid-o-miste-con-accessi-distinti-e-separati-le-delibere-di-lombardia-e-lazio-a-confronto/5775373/

[18] Si veda https://www.ilpost.it/2020/03/27/tamponi-lombardia-fontana-coronavirus/.

	residente)			
Lombardia	3,49%	1,14	38	71%
Veneto	6,69%	0,25	21	67%
Emilia-Romagna	3,87%	0,61	29	62%
Piemonte	3,32%	1,64	36	153%

Note: I dati si riferiscono al periodo 1 marzo - 28 aprile 2020.

Fonte: ALTEMS (2020).

5. Veneto

Gestione dei focolai

A seguito del primo decesso accertato in Italia per COVID-19, il governo firma un decreto che stabilisce l'isolamento del Comune di Vo' Euganeo, in provincia di Padova[19]. Contestualmente alla decisione del governo di limitare l'entrata e l'uscita delle persone da quest'area, divenuta pertanto «zona rossa», la Regione Veneto prevede l'immediata chiusura del limitrofo ospedale di Schiavonia[20].

Ruolo dell'assistenza ospedaliera e territoriale

Come anticipato nel paragrafo 3, il sistema sanitario veneto ha visto nel tempo un progressivo consolidamento dell'assistenza sul territorio, al fine di rafforzare la collaborazione tra i medici di famiglia e i distretti sociosanitari. Ciò ha permesso di optare per un modello di gestione dell'emergenza COVID-19 di tipo territoriale, conservando uno stretto collegamento tra i medici di famiglia e la Centrale Operativa Territoriale presente in ogni azienda sanitaria.

Tra le misure adottate in Veneto vi è stata quella di mettere a disposizione uno specifico indirizzo mail cui i medici di famiglia avrebbero potuto scrivere per richiedere il test del tampone. «*Se si riteneva che un tampone dovesse essere fatto* – spiega Domenico Crisarà, rappresentante della sezione regionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – *avevamo i canali per chiederlo anche senza seguire le vie burocratiche. Questo lavoro, insieme alla fiducia che ci accordano i pazienti, ha consentito di tenere a casa la gente senza mandarla in ospedale*»[21].

L'utilizzo di un modello di gestione dell'emergenza di tipo territoriale si è concretizzato in un minore ricorso all'ospedalizzazione[22], che nel caso del Veneto ha riguardato soltanto poco più del 20% dei positivi. Al netto di un aumento dei posti di terapia intensiva del 67%, il valore

[19] Ordinanza del 23 febbraio 2020, «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19», Il Ministero della Salute di Intesa con il Presidente della Regione Veneto, Venezia, Roma, 23 febbraio 2020.

[20] Si veda https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/02/22/coronavirus-veneto-a-schiavonia-ospedale-chiuso-allestito-campo-base-per-i-test-la-regione-si-prepara-allemergenza/5713735/.

[21] Si veda https://www.ilpost.it/2020/04/16/coronavirus-veneto-modello/.

[22] Si vedano: Ordinanza Presidente Giunta Regionale n. 38 del 04.04.2020 «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni per il contrasto dell'assembramento di persone»; Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 33 del 20 marzo 2020 «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Disposizioni per il contrasto dell'assembramento di persone»; Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 4 aprile 2020 «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni per il contrasto dell'assembramento di persone».

medio relativo ai pazienti ospedalizzati sugli individui in assistenza domiciliare è stato il più basso delle quattro regioni considerate, e pari a 0,25 (Tabella 1). A partire dalla metà di marzo 2020, inoltre, è stato messo in atto un ulteriore piano di emergenza che ha previsto l'attivazione di specifici centri COVID-19 in ogni provincia veneta. In questo modo è stata aumentata di circa 1.300 posti letto la capienza degli ospedali veneti, oltre che di 212 posti di pneumatologia e 206 di terapia intensiva[23].

Effettuazione dei tamponi

Contestualmente all'isolamento del Comune di Vò, la Regione Veneto, su proposta di un team di ricerca dell'Università di Padova, ha avviato una serie di studi epidemiologici sull'intera popolazione di Vo' Euganeo, con relativa somministrazione a tappeto del tampone. Ciò ha permesso alla Regione di mettere in atto una strategia di policy definibile di «sorveglianza attiva», poi perpetuata durante tutta la cd. Fase 1, con l'intento di reperire informazioni cruciali per delineare la strategia di contenimento più appropriata alle caratteristiche che l'emergenza sanitaria stava assumendo nei territori veneti. In particolare, un primo studio epidemiologico svolto aveva evidenziato non solo un tasso di contagio del 2.6% (73 risultarono positivi su 2.812 individui sottoposti a tampone), ma anche la presenza di una quota molto alta di asintomatici, pari a circa il 40% dei positivi (Lavezzo *et al.* 2020). Dall'analisi della storia clinica e dei contatti di questi pazienti, inoltre, è stato rilevato come la possibilità di contagio degli asintomatici fosse pari a quella dei pazienti sintomatici.

La scelta di avviare una simile strategia di «sorveglianza attiva» è stata da molti criticata, in primis da Walter Ricciardi – ex-presidente dell' Istituto Superiore di Sanità e allora consulente del governo per la gestione dell'emergenza sanitaria – che ha definito come non corretta la strategia del Veneto, dal momento che l'aver scelto di estendere i test anche agli asintomatici avrebbe creato uno stato di confusione e allarme sociale[24]. Nonostante le critiche mosse e l'invito ad attenersi il più possibile alle indicazioni governative, la scelta della giunta regionale veneta è stata di perpetuare una strategia di «sorveglianza attiva» per l'individuazione delle infezioni da Coronavirus. Tale strategia ha fatto leva sui seguenti tre capisaldi: 1) l'utilizzo massiccio di reagenti autoprodotti; 2) una minuziosa pianificazione dei test, secondo il principio del *contact tracing*; 3) la scelta di somministrare il tampone presso l'abitazione del paziente o presso strutture ospedaliere decentrate. Di seguito verrà meglio argomentato come, nel concreto, l'utilizzo di tali strumenti sia avvenuto.

La decisione di acquistare i reagenti sufficienti per analizzare i numerosi tamponi che la Regione Veneto si era prefissata di somministrare, arrivò già nella seconda metà di gennaio 2020, a seguito della diffusione dei primi protocolli per la rilevazione del virus da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In particolare, il 20 gennaio 2020, Andrea Crisanti, docente di Microbiologia dell'Università di Padova e membro del Comitato tecnico-scientifico della Regione Veneto, aveva informato la direzione sanitaria regionale che di lì a poco si sarebbe acquistato un quantitativo di reagenti tali da poter analizzare circa 500.000 tamponi. Tale strategia è stata poi perfezionata nelle settimane successive arrivando ad acquistare, alla fine

[23] Si veda https://www.ansa.it/veneto/notizie/2020/03/15/zaia-centri-covid-in-ogni-provincia_2d0a94b6-5f79-4c12-bc38-85fe326cd449.html.

[24] Si veda https://www.corriere.it/cronache/20_febbraio_27/coronavirus-ricciardi-la-prossima-settimana-capiremo-se-italia-l-emergenza-comincia-rientrare-43c9a4fa-58cd-11ea-8e3a-a0c8564bd6c7.shtml.

di marzo, un macchinario di produzione statunitense capace di analizzare, presso i soli laboratori dell'Università di Padova, fino a 9.000 tamponi al giorno. Si è trattato di un numero assai considerevole: basti pensare che nello stesso periodo quel numero giornaliero di tamponi veniva processato dall'intero sistema dei laboratori lombardi[25]. La Regione Veneto è così riuscita a gestire con grande prontezza i pazienti positivi, cercando di limitare al minimo le possibilità di contagio.

In Veneto, la pianificazione dei test diagnostici ha seguito una procedura definibile come «a centri concentrici». Avendo l'obiettivo di limitare il numero di ricoveri, tale procedura prevedeva infatti che a seguito del manifestarsi dei primi sintomi, anche in forma lieve, il paziente venisse sottoposto a tampone e messo momentaneamente in isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone. Appurata l'eventuale positività del paziente, tale procedura veniva ripetuta con tutti i contatti stretti avuti dal paziente positivo. Così facendo, già il 15 marzo 2020 era stato possibile eseguire oltre 32.000 tamponi (cifra poi raddoppiata in una sola settimana), iniziando poi ad effettuare circa 20.000 test al giorno a partire dalla fine di marzo attraverso l'elaborazione di un protocollo congiunto che prevedeva il coinvolgimento della Croce Rossa e dell'Università di Padova[26].

In terzo luogo, diversamente da quanto fatto in altre regioni, la scelta della Regione Veneto è stata quella di utilizzare le strutture ospedaliere tradizionali soltanto per i pazienti che manifestassero sintomi tali da richiedere il ricovero. L'attività di test, prima, e quella di monitoraggio della condizione dei pazienti asintomatici o con sintemi lievi, poi, è stata invece svolta esclusivamente presso l'abitazione del paziente o in strutture ospedaliere decentrate individuate ad hoc. Ciò ha permesso di non gravare ulteriormente, anche per queste attività, sulle strutture ospedaliere di maggiori dimensioni.

6. Emilia-Romagna

Gestione dei focolai

Nonostante l'individuazione di alcune «zone rosse» – quali, ad esempio, il Comune di Medicina[27], in provincia di Bologna – la Regione Emilia-Romagna non ha mai previsto la chiusura delle strutture ospedaliere presenti in questi territori. Come detto in precedenza, una diversa strategia è stata invece utilizzata in Veneto, in cui è stata disposta l'immediata chiusura dell'ospedale di Schiavonia.

Ruolo dell'assistenza ospedaliera e territoriale

Il modello di gestione dell'emergenza adottato in Emilia-Romagna può essere posto a cavallo tra quello lombardo, più centrato sull'ospedale, e quello veneto, più orientato al territorio.

Nel dettaglio, il modello emiliano-romagnolo ha riguardato un ricorso intermedio all'ospedalizzazione, pari a circa il 40% dei positivi (quindi inferiore a quanto avvenuto in Lombardia e Piemonte, ma superiore a quanto registrato in Veneto), oltre che una propensione

[25] Si veda https://www.ilpost.it/2020/04/16/coronavirus-veneto-modello/.

[26] Si veda https://www.infodata.ilsole24ore.com/2020/03/24/43572/.

[27] Decreto del presidente della Giunta regionale n. 36 del 15 marzo 2020 «Ulteriore ordinanza ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da covid-19. Disposizioni relative al comune di Medicina (Bo)».

alle cure domiciliari per i pazienti positivi con sintomi lievi o con pochi sintomi[28]. Ne è inoltre seguita una minore incidenza dell'uso delle terapie intensive per i pazienti una volta ospedalizzati. A ciò si è aggiunto, nella metà di marzo 2020, così come fatto in Veneto, un piano di potenziamento del sistema sanitario regionale mediante l'individuazione di un ospedale COVID in ciascuna provincia[29]. Nel dettaglio, il piano messo in atto dalla Regione Emilia-Romagna ha previsto l'individuazione di cinque livelli di saturazione progressivi dei posti letto per i pazienti affetti da Coronavirus.

Effettuazione dei tamponi

La strategia adottata dalla Regione Emilia-Romagna per il tracciamento dei pazienti positivi è cambiata durante la fase emergenziale, caratterizzandosi per un graduale processo di *learning-by-doing*. A seguito dei primi casi di contagio in questa regione, registrati già a partire dal 23 febbraio, si è scelto di effettuare il triage presso le strutture ospedaliere, o in strutture temporanee all'aperto ad esse adiacenti. Già due settimane dopo, invece, si è iniziato a sperimentare, a partire dal territorio bolognese, il test *drive-through*: già utilizzata in Corea del Sud e in Australia, tale pratica ha previsto che il personale sanitario somministrasse il tampone a persone collocate a bordo della propria autovettura e in precedenza prenotatasi per il test[30]. Attraverso l'utilizzo del test *drive-through* è stato possibile effettuare un maggior numero di test, e in condizioni di maggiore sicurezza. A seguito della chiusura del Comune di Medicina, invece, la Regione Emilia-Romagna ha iniziato a sperimentare un metodo di tracciamento dei casi molto simile a quello adottato in Veneto. Seguendo il modello sperimentato a Vò, infatti, si è scelto di procedere mediante test a tappeto su tutta la popolazione di quest'area, anche al fine di rintracciare potenziali casi di soggetti positivi asintomatici. Una simile strategia è stata poi perpetuata a livello regionale a partire dalla seconda metà di marzo 2020. Il 17 marzo 2020, infatti, il presidente dell'Emilia-Romagna Stefano Bonaccini ha dichiarato di avere in programma una campagna molto estesa per la somministrazione di tamponi al più ampio numero possibile di cittadini[31]. Tale campagna è stata poi realizzata nelle settimane successive, coinvolgendo in primo luogo 60.000 operatori sanitari e, successivamente, i lavoratori e le lavoratrici delle imprese operanti in luoghi con maggiore possibilità di assembramento.

Il processo di apprendimento interno in questa Regione, pertanto, anche se non ha portato ad una estensione della somministrazione di test a tappeto su tutta la popolazione regionale, ha visto lo sviluppo di una campagna di test molto estesa e targettizzata verso quella fascia di popolazione più vulnerabile e che avrebbe potenzialmente potuto essere veicolo di trasmissione della pandemia.

7. Piemonte

[28] Si vedano: Decreto del presidente della Giunta regionale dell'8 marzo 2020 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19; Decreto del presidente della Giunta regionale n. 47 del 23 marzo 2020 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19; Decreto del presidente della Giunta regionale n. 58 del 4 aprile 2020 in tema di misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19.

[29] Si veda https://www.giornaledirimini.com/coronavirus-ecco-la-mappa-degli-ospedali-covid-in-emilia-romagna/.

[30] Si veda https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2020/marzo/coronavirus-si-estende-in-emilia-romagna-il-test-drive-true-tamponi-direttamente-dallauto.

[31] Si veda https://www.ilrestodelcarlino.it/cronaca/coronavirus-emilia-romagna-18-marzo-1.5072367.

Gestione dei focolai

Il primo caso di positività in Piemonte si registra il 22 febbraio. Il 23 febbraio viene disposta la chiusura precauzionale del pronto soccorso di Tortona (riaperto poi il giorno successivo). Lo stesso giorno, tramite un'ordinanza del Ministero della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Piemonte[32], viene disposta la sospensione di manifestazioni ed eventi di qualsiasi natura, la chiusura dei servizi educativi dell'infanzia e delle scuole di ogni ordine e grado, nonché l'obbligo per i soggetti che arrivano da zone a rischio epidemiologico di comunicare l'ingresso in Piemonte per l'adozione della permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva. Vengono inoltre previste limitazioni all'accesso dei visitatori alle aree di degenza degli ospedali, delle case di riposo e delle altre strutture residenziali.

Ruolo dell'assistenza ospedaliera e territoriale

Il 3 marzo viene annunciata dall'assessore regionale alla Sanità una riorganizzazione della rete ospedaliera, che prevede il raddoppio dei posti letto in terapia intensiva, e l'individuazione dell'ospedale di Tortona come il primo ospedale piemontese interamente dedicato all'emergenza Coronavirus. Vengono anche disposte nuove assunzioni di personale (medici, infermieri e operatori socio-sanitari). Alla fine di marzo, un altro COVID Hospital viene reso operativo ad Alba, in provincia di Cuneo.

Come in Lombardia, anche in Piemonte sono state rilevate carenze sul fronte dell'assistenza territoriale. Le USCA sono state attivate in ritardo e molti operatori hanno lamentato una carenza di coordinamento. Come dichiarato da un medico, «*purtroppo l'Unità di Crisi ha agito e continua a farlo sul modello del 118, sul contingente, mai sulla pianificazione. In Piemonte, è risaputo, le carenze sono state proprio sul territorio*»[33]. Sono venute dunque a mancare le strutture e gli strumenti fondamentali per il controllo del territorio capaci di individuare e monitorare i soggetti contagiati.

Analogamente alla Lombardia, in una prima fase il Piemonte si è contraddistinto per una gestione prevalentemente incentrata sull'ospedalizzazione, palesando carenze sia nell'assistenza domiciliare sia nella gestione delle RSA. Come confermato dal presidente regionale, Alberto Cirio, «*la criticità più grande è stata l'assoluta mancanza di una medicina territoriale, che avrebbe permesso di curare le persone a casa, prima che arrivassero negli ospedali*»[34]. Della stessa opinione è l'assessore alla Sanità, Luigi Icardi, il quale ha sottolineato come negli ultimi vent'anni sia stata «*smantellata la rete territoriale di assistenza* (soprattutto domiciliare). *Manca una prima linea di contenimento, formata solo dai medici di base, dalle guardie mediche e dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica delle Asl ma tutto questo non basta, queste figure sono insufficienti. Il tema del futuro sarà anche una ricostruzione efficace della rete territoriale*»[35].

---

[32] Ordinanza n. 1 del 23 febbraio 2020, «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza da COVID-19», Ministero della Salute di intesa con il Presidente della Regione Piemonte, 23 febbraio 2020.

[33] Si veda https://ilmanifesto.it/tamponi-in-piemonte-aperta-uninchiesta/.

[34] Si veda https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/04/16/sono-le-venti-nove-cirio-mancanza-medicina-territoriale-criticita-piu-grande-trasferimenti-in-rsa-delibera-vieta-contatti-tra-positivi-e-anziani/5771671/.

[35] Si veda https://radiogold.it/cronaca/224157-icardi-nelle-rsa-focolai-covid-casuali-nati-mancata-applicazione-misure-prevenzione/.

Effettuazione dei tamponi

In tema di tamponi, il Comitato tecnico-scientifico dell'Unità di crisi della Regione Piemonte ha impartito indicazioni sostanzialmente in linea con quanto previsto a livello nazionale dal Consiglio Superiore di Sanità. Secondo il comitato tecnico-scientifico piemontese, nell'esecuzione del tampone deve essere data priorità ai casi sospetti sintomatici (ricoverati o in attesa di ricovero), ai contatti stretti (sintomatici) di casi confermati, e agli operatori sanitari che hanno avuto contati stretti con pazienti infetti in assenza di idonee protezioni. L'ordine delle priorità viene stabilito come segue: casi sospetti sintomatici e contatti stretti sintomatici di un caso confermato; pazienti in dimissione per l'accertamento della guarigione; operatori sanitari che hanno avuto contatti stretti con pazienti positivi in assenza di idonee protezioni (anche asintomatici).

Seguendo tali criteri, il numero di tamponi effettuati durante le prime settimane dell'emergenza è risultato piuttosto contenuto. Così come in altre regioni, il problema riguardo ai tamponi è legato soprattutto alla capacità di analisi dei laboratori ed alla mancanza dei reagenti. Come dichiarato dal presidente Cirio il 13 aprile, «*ho trovato (…) criticità nelle strumentazioni e una medicina territoriale abbandonata a se stessa negli anni. A febbraio i laboratori erano due, tra pochi giorni diventeranno venti. Passare dai due laboratori ereditati a venti è stato un lavoro enorme (…) ed è il motivo per cui il Piemonte non è riuscito a raggiungere subito i numeri di tamponi delle altre regioni*»[36]. In effetti, nel mese di aprile si registra un aumento del numero di tamponi effettuati, e a partire dal 9 aprile si intensifica la massiccia campagna di esecuzione di test presso le RSA. Alla data del 20 aprile, in 588 RSA piemontesi (80% del totale) erano stati eseguiti circa 21.000 tamponi a ospiti e personale. Stando ai dati raccolti, è risultato positivo il 35% dei pazienti ed il 23% del personale[37].

8. Conclusioni

Una volta passati in rassegna i quattro modelli regionali di risposta alla pandemia, proviamo a tirare le fila, rispondendo alle domande formulate in apertura.

Ci siamo innanzitutto domandati se le regioni italiane abbiano risposto all'emergenza COVID in modo omogeneo oppure differenziato. Appare evidente come le singole regioni, nonostante alcune direttive comuni a livello nazionale, abbiano contrastato la diffusione dell'epidemia ognuna con approcci e mezzi differenti. Pare confermata la ricostruzione giornalistica secondo cui, perlomeno nella Fase 1, Lombardia e Veneto hanno incarnato due approcci in larga misura antitetici.

In seconda battuta, ci siamo domandati se il modo in cui ogni regione ha fronteggiato l'epidemia vada fatto risalire alle caratteristiche organizzative del rispettivo SSR (caratteristiche che i sistemi regionali denotavano già prima dell'emergenza epidemiologica). Sembrano esserci elementi sufficienti per rispondere affermativamente a questo secondo interrogativo.

L'insegnamento che sembra potersi trarre dalla comparazione dei quattro sistemi regionali

---

[36] Si veda https://www.open.online/2020/04/13/coronavirus-caso-piemonte-perche-diventera-seconda-regione-piu-colpita-italia/

[37] Si veda https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/coronavirus-gli-aggiornamenti-dalla-regione-piemonte; https://www.ilpost.it/2020/04/30/coronavirus-piemonte-numeri-curva-epidemica-ritardo/

può essere così riassunto: le risposte regionali alla pandemia risultano in larga misura plasmate e predeterminate dall'assetto organizzativo preesistente. Le amministrazioni regionali, messe di fronte all'emergenza, fanno affidamento sulle risposte che hanno predisposto in precedenza, sulle componenti del proprio SSR che ritengono più affidabili. Così, chi era più forte sul fronte ospedaliero, ha risposto utilizzando prevalentemente gli ospedali; chi era più forte sull'assistenza territoriale, ha valorizzato l'attività extra-ospedaliera.

La scelta di fare ricorso agli strumenti e alle abilità su cui si è maggiormente investito in passato non è solo il frutto di una scelta pragmatica: essa pare discendere anche da un diverso *framing* del problema (Schön e Rein 1994): alcune regioni hanno inquadrato il problema privilegiando la cura dei malati gravi; altre regioni hanno inquadrato il problema diversamente, ragionando maggiormente in termini di «early catching» e di prevenzione del contagio. A seconda delle premesse e del frame adottati, le singole regioni hanno dato vita a modelli di intervento differenti (Lanzara 1993).

Lombardia. Forte della sua riconosciuta eccellenza ospedaliera, la Lombardia ha affrontato l'epidemia con un approccio, per l'appunto, ospedalo-centrico. La scelta di ospedalizzare i pazienti, anche quelli meno gravi, sommata all'incapacità nelle prime settimane di tenere rigidamente separati i flussi COVID da quelli non-COVID, si è tuttavia presto rivelata un boomerang. Gli ospedali si sono infatti trasformati in sedi di ulteriore diffusione del contagio.

Quando, guardando anche alle esperienze di altre regioni, si è capito che sarebbe stato importante – in parallelo all'assistenza ospedaliera – attivare i servizi sul territorio, la Lombardia ha incontrato più difficoltà di altre regioni, mostrando una rete territoriale meno pronta e strutturata. Avendo investito meno, negli anni passati, sulla medicina del territorio e sull'integrazione dei servizi, la Lombardia, su questo fronte, ha mostrato carenze (come ammesso anche dal presidente Fontana).

Veneto. Il Veneto ha seguito fin subito un approccio differente. Chiudendo prontamente gli ospedali a rischio, e predisponendo strutture sanitarie ad hoc, il Veneto ha cercato di tenere il più possibile separati i percorsi dei contagiati da COVID da quelli degli altri pazienti. Sull'esempio del modello coreano, si è deciso inoltre di procedere tempestivamente con il «contact tracing», passando così da una strategia di attesa (si aspetta che i casi più gravi giungano in ospedale), ad una di ricerca proattiva dei contagiati. Tale approccio complessivo è stato possibile grazie alla disponibilità di una solida rete di cure territoriali, abituata a lavorare in modo integrato, che il Veneto ha consolidato negli ultimi anni.

Contravvenendo almeno in parte alle indicazioni provenienti sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sia dal Consiglio Superiore di Sanità, il Veneto si è distinto sia per l'alto numero di tamponi effettuati, sia per la scelta di sottoporre ai test non solo i casi più gravi, ma anche gli asintomatici. La capacità dei laboratori veneti di processare un alto numero di tamponi discende da alcune scelte lungimiranti e tempestive compiute specialmente dal laboratorio di Padova diretto dal prof. Crisanti[38].

Emilia-Romagna. L'Emilia-Romagna sembra avere seguito, nelle prime settimane, un approccio più attendista e ospedaliero, simile a quello adottato in Lombardia. Dopo qualche settimana, la strategia è stata tuttavia rivista: si è deciso di passare a una strategia di «trattamento precoce», di «early catching». La parola d'ordine è diventata «*andiamo a scovare*

[38] Si veda l'inchiesta di Panorama, in data 14 maggio 2020, https://www.panorama.it/news/cronaca/tamponi-veneto-reagenti.

i malati a casa»[39], quando i pazienti sono ancora ai primi stadi della malattia, senza aspettare l'aggravarsi del quadro clinico. Sono stati inoltre tenuti rigidamente separati i percorsi COVID da quelli non COVID. Per evitare la diffusione del virus in ambito familiare, sono state individuate apposite strutture esterne per l'isolamento del personale sanitario e dei soggetti a rischio.

Per l'Emilia-Romagna è stato facile farsi carico di questi interventi extra-ospedalieri, grazie alla solida rete di assistenza primaria e domiciliare, lubrificata nel corso degli anni, e organizzata attorno alle Case della salute e ai dipartimenti di prevenzione delle Asl.

Piemonte. Rispetto alle altre tre regioni esaminate, il Piemonte sembra presentare caratteri meno distintivi. Il SSR piemontese ha inizialmente adottato un approccio di attesa basato sull'ospedalizzazione. Solo con il passare delle settimane si è compreso, come in altre regioni, l'utilità di «scendere sul territorio» e di adottare un approccio più proattivo. Come riconosciuto anche dal presidente e dall'assessore regionale alla Sanità, la rete territoriale piemontese (che, pure, negli ultimi anni era stata riformata e potenziata, soprattutto con l'istituzione delle Case della salute) non si è dimostrata del tutto all'altezza del compito, faticando a integrare le diverse strutture e i diversi professionisti operanti sul territorio.

Concludendo, possiamo ribadire come le modalità con cui il sistema sanitario italiano ha fronteggiato l'epidemia, almeno nei primi mesi, hanno rispecchiato in larga misura le caratteristiche strutturali della nostra sanità. L'assetto altamente regionalizzato del nostro SSN ha fatto sì che ogni regione abbia affrontato l'epidemia a proprio modo, con finalità e strumenti differenti. Il coordinamento nazionale è stato lasco.

Le singole regioni – chi prima, chi dopo – hanno compreso che a fianco dell'assistenza ospedaliera, sarebbe stata opportuna un'azione più capillare e proattiva sul territorio. Le regioni che già disponevano di una solida rete di cure territoriali, più abituate ad un approccio integrato, hanno raccolto la sfida del territorio in modo più pronto ed efficace. Al contrario, i sistemi regionali più centrati sull'ospedale hanno dapprima confidato sul loro lato forte, ossia l'ospedalizzazione, ma in seguito hanno mostrato carenze nell'azione sul territorio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

ALTEMS (2020), *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19: Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche. Instant REPORT#5: 30 Aprile 2020*, Roma, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Università Cattolica Sacro Cuore.

Armeni P. – Bertolani A. – Borsoi L. – Costa F. (2019), *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea, pp. 99-152.

Bobini M. – Cinelli G. – Gugiatti A. – Petracca F. (2019), *La struttura e le attività del SSN*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2019*, Milano, Egea, pp. 33-98.

Bouckaert G. – Galli D. – Kuhlmann S. – Reiter R. – Van Hecke S. (2020), *European Coronationalism? A Hot Spot Governing a Pandemic Crisis*, in «Public Administration Review»,

[39] Si veda «Il Messaggero», edizione del 14 Aprile 2020, https://www.ilmessaggero.it/salute/focus/coronavirus_viale_malati_casa_scovare_covid19_ultime_notizie-5169932.html.

vol. 80, n. 5, pp. 765-773.
Brambilla A. – Maciocco G. (2016), *Le Case della Salute*, Roma, Carocci.
Brenna E. (2011), *Quasi-market and Cost-containment in Beveridge Systems: The Lombardy Model of Italy*, in «Health Policy», vol. 103, n. 2-3, pp. 209-218.
Capano G. (2020), *Policy Design and State Capacity in the COVID-19 Emergency in Italy: If You Are Not Prepared for the (Un)expected* , You Can Be Only What You Already Are, in «Policy and Society», vol. 39, n. 3, pp. 326-344.
Capano G. – Howlett M. – Jarvis D. – Ramesh M. – Goyal N. (2020), *Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses,* in «Policy and Society», vol. 39, n. 3, pp. 285-308.
Carboni N. – Toth F. (2013), *Oltre l'ospedale: le nuove forme di assistenza sanitaria*, in V. Fargion – E. Gualmini (a cura di), *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempi di crisi*, Bologna, Il Mulino, pp. 73-101.
Cheng Y. – Yu J. – Shen Y. – Huang B (2020), *Coproducing Responses to COVID-19 with Community-Based Organizations: Lessons from Zhejang Province, China*, in «Public Administration Review», vol. 80, n. 5, pp. 866-873.
Dzigbede K.D. – Gehl S.B. – Willoughby K. (2020), *Disaster Resiliency of U.S. Local Governments: Insights to Strengthen Local Response and Recovery from the COVID-19 Pandemic*, «Public Administration Review», vo. 80, n. 4, pp. 634-643.
Fiorentini G. – Lippi Bruni M. – Ugolini C. (2008), *Health Systems and Health Reforms in Europe: The Case of Italy*, in «Intereconomics-Review of European Economic Policy», vol. 43, n. 4, pp. 205-212.
Gori C. (a cura di) (2018), *Il welfare delle riforme. Le politiche lombarde tra norme ed attuazione*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
Lanzara G.F. (1993), *Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Bologna, Il Mulino.
Lavezzo et al. (2020), *Suppression of SARS-CoV-2 Outbreak in the Italian Municipality of Vo'*, in «Nature», vol. 584, n. 7821, pp. 425-429.
Maino F. (2001), *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino.
Mapelli V. (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Roma, Formez.
Mapelli V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino.
Mei C. (2020), *Policy Style, Consistency and the Effectiveness of the Policy Mix in China's Fight against COVID-19*, in «Policy and Society», vol. 39, n. 3, pp. 309-325.
Ministero della Salute (2019a), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, Roma, Ministero della Salute-DG della Programmazione Sanitaria.
Ministero della Salute (2019b), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Ministero della Salute-DG Digitalizzazione del sistema informativo e della statistica.
Neri S. (2006), *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e in Gran Bretagna*, Milano, Franco Angeli.
Pammolli F. – Salerno N. (2011), *Sistemi sanitari regionali alla sfida del federalismo: una proposta per il finanziamento federalista della sanità*, in «EyesReg-Giornale di Scienze Regionali», vol. 1, n. 1, pp. 30-35.
Pavolini E. (2008), *Governance regionali: modelli e stime di performance*, in «La rivista delle politiche sociali», n. 3, pp. 149-177.

Pavolini E. (a cura di) (2011), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Roma, Donzelli.

Rocco P. – Béland D. – Waddan A. (2020), *Stuck in Neutral? Federalism, Policy Instruments, and Counter-Cyclical Responses to COVID-19 in the United States*, in «Policy and Society», vol. 39, n. 3, pp. 458-477.

Romagnani P. – Gnone G. – Guzzi F. – Negrini S. – Guastalla A. – Annunziato F. – Romagnani S. – De Palma R. (2020), *The COVID-19 Infection: Lessons from the Italian Experience*, in «Journal of Public Health Policy», vol. 41, n. 3, pp. 238-244.

Schön D.A. – Rein M. (1994), *Frame Reflection: Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*, New York, Basic Books.

Terlizzi A. (2019a), *Health System Decentralization and Recentralization: Ideational and Institutional Dynamics in Italy and Denmark*, Cham, Palgrave Macmillan.

Terlizzi A. (2019b), *Health System Decentralization and Recentralization in Italy: Ideas, Discourse, and Institutions*, in «Social Policy & Administration», vol. 53, n. 7, pp. 974-988.

Toniolo F. (2009), *Sanità e Regioni*, Milano, Franco Angeli.

Toth F. (2014a), *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Toth F. (2014b), *How Health Care Regionalization in Italy is Widening the North-South Gap*, in «Health Economics Policy and Law», vol. 9, n. 3, pp. 231-249.

van den Oord S. – Vanlaer N. – Marynissen H. –Brugghemans B. – Van Roey J. – Albers S. – Cambré B. – Kenis P. (2020), *Network of Networks: Preliminary Lessons from the Antwerp Port Authority on Crisis Management and Network Governance to Deal with the COVID-19 Pandemic*, in «Public Administration Review», vol. 80, n. 5, pp. 880-894.