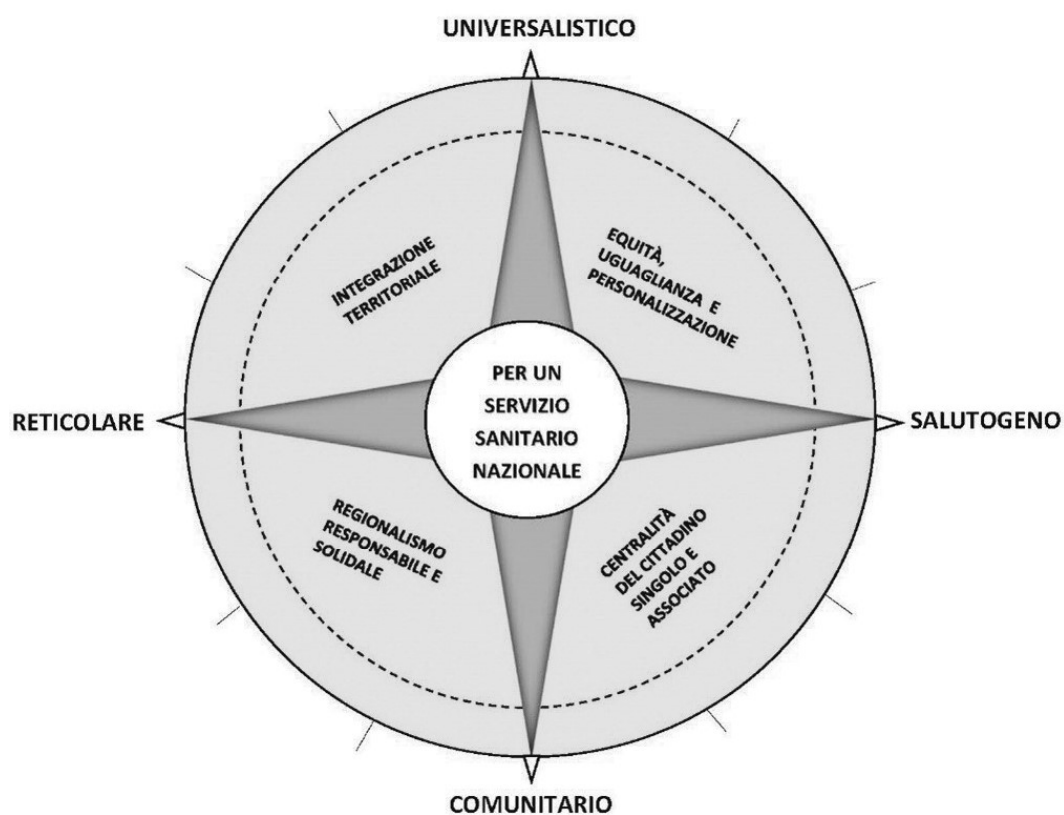


# Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di  
**Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli**



**FrancoAngeli**  
OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

[http://www.francoangeli.it/come\\_publicare/publicare\\_19.asp](http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# **Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19**

Problemi e proposte

a cura di  
**Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli**

**FrancoAngeli**  
OPEN  ACCESS

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

In copertina: elaborazione grafica dei curatori

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Indice

<b>Introduzione. Un Libro Bianco perché,</b> di <i>Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli</i>	pag.	7
<b>I. L'impatto della pandemia da Covid-19 sul SSN</b>		
<b>1. I sistemi sanitari europei di fronte all'emergenza Covid-19: elementi di riflessione,</b> di <i>Guido Giarelli</i>	»	13
<b>2. Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza,</b> di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	23
<b>3. Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario,</b> di <i>Valeria Quaglia, Marco Terraneo e Mara Tognetti</i>	»	31
<b>4. La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA,</b> di <i>Marco Arlotti e Michele Marzulli</i>	»	41
<b>5. Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera,</b> di <i>Stefano Neri</i>	»	49
<b>6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA,</b> di <i>Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini</i>	»	58
<b>7. Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia,</b> di <i>Elena Spina</i>	»	67

<b>8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione, di Arianna Radin</b>	pag.	77
<b>II. Linee strategiche per il rilancio del SSN</b>		
<b>9. Ambiente e promozione della salute, di Giorgio Osti e Marco Ingrosso</b>	»	85
<b>10. Il territorio e la salute di comunità, di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti</b>	»	93
<b>11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute, di Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina</b>	»	99
<b>12. L'innovazione digitale per la governance del SSN, di Monica Murero e Veronica Moretti</b>	»	105
<b>13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare, di Linda Lombi</b>	»	110
<b>Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN, di Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli</b>	»	117
<b>Notizie sugli autori</b>	»	143

## *4. La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA*

di *Marco Arlotti e Michele Marzulli*<sup>1</sup>

### **Introduzione**

Sia nel corso della cosiddetta prima ondata di Covid-19, tra il marzo e il maggio 2020, sia in quella successiva (in corso) la Lombardia è stata costantemente al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica nazionale e non solo, in quanto area più colpita del paese. Questa attenzione è comprensibile per diverse ragioni, tra cui la reputazione e la particolare specificità del «modello» sanitario lombardo. La Lombardia, la regione italiana più ricca e popolosa, veniva ritenuta inizialmente quella addirittura meglio predisposta ad affrontare l'urto della crisi pandemica, stante «l'eccellenza» del proprio sistema ospedaliero.

Quello che realmente è successo nella prima fase della pandemia, ma anche in quella in corso, induce piuttosto a riflettere sulle evidenti difficoltà del Servizio Sanitario Regionale (d'ora in poi SSR), sulle sue cause, e sulle possibili e necessarie linee di intervento da mettere in atto, su un piano strettamente regionale, ma anche più generale.

### **1. Il sistema sanitario lombardo tra eccellenza ed emergenza**

Per comprendere il carattere dell'emergenza in Lombardia occorre ricordare alcuni numeri del contagio e delle sue conseguenze nel contesto regionale.

Alla fine dell'estate 2020, in una fase in cui il contagio era da considerarsi «latente» e non era ancora iniziata l'ondata autunnale, la Lombardia presentava più di un terzo di tutti i soggetti risultati positivi ai test in Italia (il 36,6%)

---

<sup>1</sup> Il presente capitolo è esito di un lavoro congiunto dei due autori. Tuttavia, nello specifico, vanno attribuiti a Michele Marzulli i paragrafi 1, 2 e 3; a Marco Arlotti i paragrafi 4 e 5.

e soprattutto quasi la metà dei decessi (47,7%) (ISS 2020a). Se poi guardiamo alle residenze sanitarie assistenziali per anziani (d'ora in avanti RSA), si stima che in Italia tra febbraio e aprile 2020 siano decedute 3.722 persone per problematiche collegate al Covid-19, per un tasso di mortalità (considerando gli anziani ricoverati all'interno delle strutture) stimato del 3,8% (ISS 2020b). Ma in Lombardia quel tasso ha raggiunto il 7,5%, contro il 4,2% dell'Emilia-Romagna o l'1,2% del Veneto.

Nel paese si è aperto, dunque, un dibattito circa le origini di questa «specificità» lombarda, cioè se si tratti di accidentalità oppure se vi siano dei fattori di natura più «strutturale» nell'organizzazione del sistema sanitario regionale che possano in qualche misura rendere conto di quanto accaduto. La domanda risulta più rilevante se si pensa che il sistema sanitario lombardo da una parte è considerato un sistema sanitario di «eccellenza», dall'altra costituisce un caso *sui generis*, cioè rappresenta un sistema diverso da tutti gli altri SSR: un sistema ispirato al modello del «quasi mercato» delle prestazioni sanitarie, tipico di alcune esperienze anglosassoni.

È innanzitutto opportuno verificare in che senso si parli di eccellenza. Fin dalla prima legge regionale di riordino, approvata negli anni '90 (n. 31/1997), il SSR lombardo, sotto la guida della prima giunta Formigoni, fu presentato dai suoi sostenitori come un vero e proprio “modello”. Sia per ragioni di differenziazione, rispetto al panorama nazionale, sia per l'intenzione di divenire una guida, un esempio, da imitare dal punto di vista della governance. Infatti, il SSR lombardo presenta un'impostazione della sanità che non ha precedenti nel panorama nazionale, ispirandosi alle riforme del National Health Service introdotte a metà degli anni '80 da parte del governo Thatcher (Le Grand 1991). La finalità è la creazione di un sistema ibrido pubblico-privato, in cui lo stato riduce i cosiddetti “fallimenti del mercato” e sfrutta contemporaneamente i benefici della concorrenza di mercato. Per raggiungere questo obiettivo le strutture pubbliche, che facevano capo alle Asl, vengono separate e si trovano a competere con altri attori privati in un mercato regolato da alcuni dispositivi (il sistema dei DRG<sup>2</sup>, l'accreditamento). Il cittadino-cliente è, quindi, “libero di scegliere” dove farsi curare, nel momento del bisogno.

---

<sup>2</sup> Il sistema dei DRG (*Diagnosis-related group*) consiste in un modello di diagnosi e prestazioni che prevede uguali e omogenei profili di trattamento e di costi per gruppi di pazienti. A ogni DRG corrisponde una tariffa che viene pagata alla struttura sanitaria per ogni paziente trattato. È stato introdotto in Italia negli anni Novanta come misura di pagamento prospettico secondo una logica aziendale, per risolvere l'aumento dei costi legato al precedente modello di rimborso retrospettivo (“a piè di lista”).



L'esito di questo processo è stato tuttavia paradossale. Da una parte, infatti, la Lombardia presenta un panorama sanitario di "eccellenza", cioè alcuni tra i migliori ospedali e strutture di ricerca (come gli IRCCS) del paese (ma anche del mondo) (Cfr. Newsweek 2020), un sistema in cui le strutture private svolgono un ruolo decisivo. Dall'altra, è come se con l'irrompere dell'emergenza si siano sopravvalutati i caratteri di eccellenza del SSR, dimenticando la natura complessa e multidimensionale della salute. Ciò che funziona (il sistema ospedaliero e la medicina specialistica) ha forse oscurato ciò che da tempo era in crisi nel SSR lombardo, cioè il sistema delle cure territoriali. Su questo è necessario un approfondimento.

## **2. L'evoluzione del sistema delle cure territoriali in Lombardia**

L'analisi della eccellenza (ospedaliera) lombarda non impedisce di individuare la presenza di alcune problematiche di fondo, che attengono *in primis* al disinvestimento consolidato nel corso degli anni rispetto al sistema delle cure territoriali, a partire da un'adeguata valorizzazione della medicina del territorio. La manifestazione più evidente di questa carenza è data dal conflitto che si è aperto in piena pandemia tra Assessorato al welfare (e alla sanità) della Regione e la Federazione Regionale dei medici, in particolare da parte dei medici di Medicina generale (MMG). Coloro che avrebbero dovuto essere il fulcro della medicina del territorio si sono trovati impreparati e, a loro detta, "abbandonati" dalla sanità regionale (FROMCeO 2020). Al di là della polemica, appare evidente il netto sbilanciamento del SSR sulla centralità delle strutture ospedaliere e la parallela marginalità della sanità del territorio.

L'analisi della attuazione dei LEA costituisce un'interessante prospettiva per comprendere il problema. La Lombardia nella classifica dei LEA si presenta da tempo con valori ampiamente positivi, ma inferiori rispetto ad altre regioni del centro nord Italia, come Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte (Ministero della Salute 2018, 28). Ma, se prendiamo in considerazione la sperimentazione del Nuovo Sistema di Garanzia Lea, la Lombardia presenta una performance ottimale (>80) solo in relazione all'indicatore "prevenzione", mentre rispetto alla sanità ospedaliera e distrettuale occupa una posizione non eccellente rispetto a diverse altre Regioni. Il problema, quindi, sembra risiedere proprio nella medicina territoriale/distrettuale che presenta per la Lombardia un valore relativamente basso: il Veneto, presentato spesso come esempio di buona pratica di medicina del territorio, ha un valore superiore di ben 20 punti (vedi tab. 1).

Tab. 1 – Nuovo Sistema di Garanzia Lea: punteggio della Lombardia e confronto con Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Lombardia	86,84	77,05	77,13
Veneto	80,75	95,10	83,67
Emilia-Romagna	93,03	86,82	88,51
Piemonte	92,40	84,05	84,14

Fonte: elaborazioni su dati Fondazione GIMBE (2019).

Corroborata l'ipotesi di tali carenze il fatto che, nel corso della precedente legislatura a guida Maroni, la stessa giunta regionale abbia avviato un articolato percorso di riforma del sistema sanitario. Il processo si concretizza in un primo prodotto, *il Libro bianco della sanità lombarda* (Regione Lombardia 2014) e poi nell'approvazione della riforma del SSR (la legge n. 15/2015).

Al centro di questa riforma si trova la sanità del territorio e l'integrazione tra sociale e sanitario. Il Libro bianco, che costituisce un vero e proprio documento programmatico, esplicitamente elenca queste fragilità:

(...) frammentazione dell'attuale offerta sociosanitaria e sociale sul territorio  
 (...) [che] non risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell'utenza (sia di tipo sociale sia sanitario), oltre alla non ottimizzazione dell'assistenza, il rischio di sovrapposizioni e non chiarezza (ad esempio attività riabilitative, cure post-acute). (...) la discontinuità tra ospedale e territorio e tra diversi operatori del territorio stesso si origina anche da un rapporto e confronto tra professionisti non sempre ideale e collaborativo, ma più spesso inesistente/minimale e/o conflittuale (Regione Lombardia 2014, 88).

La conflittualità di cui parla chiaramente tale documento ufficiale della Regione è la stessa di cui si è avuta testimonianza nei mesi di marzo-aprile 2020 (cfr. FROMCeO 2020). La riforma sanitaria del 2015 sarebbe dovuta intervenire sul sistema riducendo la centralità dell'ospedale. Per questo motivo, era stata pensata una complessa articolazione territoriale destinata a valorizzare strutture di livello distrettuale, come i nuovi presidi territoriali e di cure intermedie (PRESST e POT, ma anche dispositivi relativamente innovativi come infermieristica di famiglia e UCCP). Questa avrebbe dovuto essere la soluzione per un sistema che sembrava difettare di comunicazione, un sistema «a canne d'organo» come è stato definito, in cui: «non è sempre rintracciabile una chiara azione di regia complessiva, i percorsi e le opzioni sono difficilmente riconoscibili da cittadini e operatori stessi e non sono omogenei sul territorio regionale» (Regione Lombardia 2014, 88).

### 3. Territorio e pandemia: la questione RSA

I limiti del SSR sul versante dell'assistenza territoriale e nel raccordo ospedale-territorio sono emersi in modo paradigmatico anche sul fronte delle RSA. Come si è già detto sopra (cfr. par. 2), infatti, in Lombardia si è registrato un tasso di decessi nelle strutture per anziani ben più alto rispetto alla media nazionale, nonché nel confronto con le altre regioni del Nord parimenti più colpite dalla pandemia.

Eppure, stiamo parlando di un settore di “punta” del welfare lombardo e della residenzialità nel paese (nel 2016, ultimi dati disponibili, circa un quarto degli anziani ricoverati in strutture e dei posti letto era collocato in Lombardia) (ISTAT 2020). Esso si è consolidato nel corso degli anni in una funzione fortemente sanitarizzata (sempre nel 2016, il 90% dei posti letto in RSA risultava a medio/alta intensità sanitaria) (*ibidem*) e con un'impostazione del proprio modello regolativo coerente a quello della sanità, lungo i principi di libertà di scelta e di pluralizzazione degli attori coinvolti nell'erogazione dei servizi (nel 2016 la quota privata rappresentava in Lombardia il 93% sul totale dei posti letto rispetto un dato medio nazionale del 78%) (*ibidem*).

Con lo scoppio della pandemia, e il suo pieno dispiegamento, il sistema lombardo delle RSA è entrato, tuttavia, velocemente in una fase di crisi, la cui radice ha indubbiamente fattori complessi sia da un punto di vista “strutturale” che “congiunturale”. Ciononostante, è possibile individuare alcuni elementi di fondo, trasversali, osservando uno snodo chiave della strategia di fronteggiamento della pandemia, cioè il rapporto fra ospedali e RSA. Qui, infatti, emergono in modo chiaro le conseguenze derivanti dalla frammentazione del sistema di intervento, dalla discontinuità dei percorsi ospedale-territorio, dall'eccessivo sbilanciamento verso la componente ospedaliera evidenziati nei paragrafi precedenti. A questo proposito ci riferiamo a due passaggi chiave.

Il primo rimanda all'approvazione l'8 marzo 2020, in piena crisi, della delibera XI/2906 mediante la quale, al fine di alleggerire la pressione sulla rete ospedaliera, è stato reso possibile il trasferimento di pazienti dagli ospedali verso le RSA. Una scelta che, tuttavia, sembrerebbe avere determinato circostanze molto problematiche all'interno delle strutture in termini di diffusione del contagio, anche a fronte dell'assenza di dispositivi di protezione individuali, nonché di personale dedicato. Per esempio, in molti casi sarebbe mancata – in fase di dimissione dei pazienti dagli ospedali – la diagnosi tramite tampone, necessaria per l'invio in sicurezza dei pazienti in RSA. In altri casi ancora, pazienti inviati nelle RSA come negativi al Covid-19, avrebbero invece molto presto manifestato i sintomi tipici dell'infezione, favorendo

così la diffusione del virus. Il presidente di UNEBA Lombardia, una delle principali associazioni di rappresentanza nel settore della residenzialità, non a caso, ha dichiarato in modo emblematico riguardo gli effetti della delibera: “è stato come gettare un fiammifero acceso nella paglia secca” (Marocchi, Pasquinelli 2020).

Il secondo passaggio rimanda al blocco degli accessi negli ospedali per gli anziani ricoverati in RSA. La delibera XI/3018 del marzo 2020 ha, infatti, stabilito, nella fase di maggiore crisi, l'impossibilità del ricovero di anziani con sintomi simil-influenzali o Covid positivi nell'intento, secondo la delibera, di “evitare rischi dovuti a trasporti e attese di pronto soccorso”. L'esito di questo provvedimento è stato, tuttavia, in molti casi l'assenza di cure adeguate e l'abbandono degli anziani – nonostante condizioni di particolare criticità – all'interno delle strutture residenziali nelle quali erano ricoverati. È un aspetto che emerge in modo chiaro anche dai dati dell'indagine dell'ISS (2020b) sul contagio Covid-19 nelle RSA per quanto riguarda la prima fase dell'emergenza (febbraio-aprile 2020). Nell'indagine è stato anche monitorato l'andamento del numero di ospedalizzazioni degli anziani ricoverati nelle strutture (vedi tab. 2) da cui emerge come, in media, in Lombardia si è registrato nel confronto con le regioni più colpite dalla pandemia il valore praticamente più basso per questo indicatore, con una media di 2,5 anziani ospedalizzati, mentre in Veneto – per esempio – il dato medio è stato di oltre il doppio rispetto quello lombardo. Similmente valori più elevati sono stati registrati anche in Emilia-Romagna e in Piemonte. Da questo quadro empirico, si conferma dunque la situazione di particolare gravità in cui hanno operato le RSA lombarde nel corso della prima ondata pandemica, strette nella “morsa” fra forte diffusione del contagio e mancanza di sostegno da parte delle strutture ospedaliere.

*Tab. 2 – Rapporto tra numero di anziani ricoverati in RSA ospedalizzati nel periodo febbraio-aprile 2020 e numero di strutture per regione*

<i>Regione</i>	<i>Rapporto anziani ricoverato/n. di strutture</i>
Lombardia	2,5
Veneto	6,3
Emilia-Romagna	4,7
Piemonte	4,2

Fonte: ISS (2020b).

## Conclusioni

Quando accaduto in Lombardia ha messo chiaramente in evidenza la fragilità di un modello sanitario che se, da un lato, ha fatto dell'eccellenza ospedaliera il suo obiettivo strategico, dall'altro lato ha dimenticato l'importanza di costruire un rapporto sinergico ospedale/territorio, relegando le cure territoriali in secondo piano. Se, e in che misura, tutto ciò possa spiegare il carattere assunto dall'emergenza in questa regione è una questione oggetto di discussione. È evidente, infatti, che il peso quantitativo, la velocità e la sequenzialità del contagio non possano che avere giocato un ruolo rilevante non solo sui tassi di mortalità, ma anche presumibilmente sulla capacità di sviluppare strategie di trattamento articolate e meno concentrate sull'intervento ospedaliero.

Ciononostante, l'impostazione "ospedalocentrica", la debolezza della rete territoriale e il mancato raccordo con quella ospedaliera, hanno rappresentato indubbiamente delle pre-condizioni che hanno fortemente aggravato la situazione di crisi, poiché si è velocemente portato al collasso il sistema ospedaliero (a detrimento della cura dei soggetti più fragili, si veda la questione RSA) e perché, in assenza di una gestione territoriale e preventiva della pandemia, gli ospedali sono diventati focolai di contagio, con effetti moltiplicativi (ancora, si veda per esempio, la questione RSA).

La necessaria "riconversione" al territorio del modello lombardo non è, tuttavia, un processo che si può risolvere in breve tempo, come testimoniano le persistenti difficoltà anche nella attuale fase di fronteggiamento della crisi pandemica. Peraltro, il serio rischio che si profila è quello che vengano introdotti cambiamenti ai "margini", senza tuttavia un ripensamento degli assetti regolativi di fondo del SSR, improntati su logiche di competizione e frammentazione delle reti di attori che, tuttavia, hanno mostrato i loro limiti intrinseci, aggravati dalla condizione di emergenza.

Tutto ciò porta a ragionare attorno a quello che dovrebbe essere un necessario ripensamento della funzione regolativa regionale. Se tale funzione, infatti, viene interpretata unicamente come mero controllo (cioè valutazione in termini di compatibilità economica e *accountability*), la regione rischia di perdere il ruolo di regia della rete dei servizi per la salute che invece le spetta in forma eminente. Riproporre una visione della programmazione regionale come processo integrato, partecipato e allargato a tutti gli attori locali sembra, dunque, rappresentare una strada auspicabile per evitare gli errori del passato.

## Bibliografia di riferimento

- FROMCeO (2020), *Lettera del 23/3/2020 all'Assessore al Welfare della Regione Lombardia, Giulio Gallera*, Prot. n. 10, Como.
- Fondazione GIMBE (2019), *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, [https://www.rapportogimbe.it/4\\_Rapporto\\_GIMBE.pdf](https://www.rapportogimbe.it/4_Rapporto_GIMBE.pdf).
- ISS (2020a), *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*, 7 settembre, [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_7\\_settembre.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_7_settembre.pdf).
- ISS (2020b), *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Report finale, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.
- ISTAT (2020), *Dati su assistenza residenziale*, <http://dati.istat.it/>
- Le Grand J. (1991), *Quasi-Market and Social Policy*, «The Economic Journal», 101, 408, pp. 1256-1267.
- Marocchi G., Pasquinelli S. (2020), *Covid nelle Rsa: la strage silenziosa*, <https://welforum.it/il-punto/tempi-di-precarita/covid-nelle-rsa-la-strage-silenziosa/>
- Ministero della Salute (2018), *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2018*, Roma.
- Newsweek (2020), *World's Best Specialized Hospitals 2021*, <https://www.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2021>
- Regione Lombardia (2014), *Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia. Un impegno comune per la Salute*, Milano, 30 giugno.