

SALUTI

Ringrazio, innanzitutto, il Presidente e gli On.li deputati, per questa audizione che consente di fare il punto sui temi affrontati e sugli interventi posti in essere in occasione del rapido svilupparsi di questa pandemia, sempre con l'obiettivo di arrestare la diffusione del *virus*, potenziare la capacità di risposta del nostro sistema sanitario e sostenere cittadini e imprese per ridurre, nel tempo, l'impatto economico sociale dell'epidemia nel nostro paese mediante l'adozione di tutte le misure necessarie.

Non è la prima volta che, come in questi giorni, l'Italia si trova ad affrontare una grave epidemia contro la quale non ci sono ancora cure efficienti. L'epidemia della SARS del 2003 – un virus della stessa famiglia del nuovo coronavirus ma molto più letale e che le autorità sanitarie riuscirono a contenere rapidamente – è ancora fresco nella memoria di molti. Ma non sono pochi quelli che, più indietro nel tempo, ricordano ancora l'influenza asiatica alla fine degli anni Cinquanta, o quella di Hong Kong del decennio successivo, due pandemie che colpirono quasi metà della popolazione italiana e fecero migliaia di morti più delle normali epidemie di influenza.

Va, però, sottolineato che ci troviamo di fronte a problemi del tutto nuovi, per dimensione e complessità eccezionali, che mai si sono verificati nell'esperienza precedente. Tuttavia, è utile capire e riflettere sui problemi emersi per cercare di evitarli o ridurli per il futuro.

Si tratta di un virus a rapida diffusione, che fa paura perché, in un tempo relativamente breve il virus si è diffuso, con estrema letalità, al di fuori della Cina raggiungendo Paesi di tutti i continenti.

Dall'inizio dell'epidemia, come sappiamo ormai dall'appuntamento quotidiano con protezione civile, in Italia, **i casi positivi** - comprensivi di chi è malato, chi è guarito e chi è deceduto sono stati pari, al 14 aprile, a **159.516**. **Di questi, sono guariti 35.435, sono deceduti 20.465, e sono tutt'ora positivi 103.616, così suddivisi per regioni:**

Totale casi e positivi per Regioni

Lombardia: **60.314** (31.935)

Emilia-Romagna: **20.440** (13.818)

Piemonte: **17.134** (12.765)

Veneto: **14.251** (10.766)

Toscana: **7.390** (6.257)

Liguria: **5.596** (3.365)

Marche: **5.381** (3.080)
Lazio: **4.968** (3.920)
Campania: **3.670** (3.062)
P.A. Trento: **3.126** (2.080)
Puglia: **3.065** (2.512)
Friuli Venezia Giulia: **2.482** (1.307)
Sicilia: **2.458** (2.050)
Abruzzo: **2.213** (1.778)
P.A. Bolzano: **2.149** (1.537)
Umbria: **1.320** (625)
Sardegna: **1.128** (914)
Calabria: **928** (791)
Valle d'Aosta: **927** (582)
Basilicata: **319** (270)
Molise: **257** (202)

LE TAPPE DELL'EMERGENZA:

- come tutti sappiamo, l'OMS, il **30 gennaio 2020 (cfr. all. a)** ha **dichiarato lo stato di emergenza internazionale di salute pubblica** per il diffondersi dell'epidemia di *coronavirus*;
- il **Consiglio dei ministri**, con delibera del **31 gennaio 2020** ha immediatamente **dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza nazionale (cfr. all. b)** stabilendo che per l'attuazione degli interventi da effettuare nella vigenza dello stato di emergenza, **si provvedesse con ordinanze emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile**, in deroga a ogni disposizione vigente purché nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, e avvalendosi di un **Comitato tecnico scientifico**.
- **detto Comitato**, che in tutta la fase emergenziale sta supportando il Governo nella individuazione delle misure di contrasto da adottare, **è stato istituito con ordinanza 3 febbraio 2020 ed è composto** dal Segretario Generale del Ministero della Salute, dal direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, dal direttore dell'Ufficio di coordinamento degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera del Ministero della salute, dal direttore scientifico dell'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani", dal Presidente dell'istituto superiore di sanità, dal rappresentante della Commissione salute designato dal Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome e dal coordinatore dell'Ufficio Promozione e integrazione del Servizio nazionale della protezione civile del Dipartimento della protezione civile, con funzioni di coordinatore del Comitato. Ciò in quanto è stato fondamentale potersi avvalere delle migliori realtà scientifiche del Paese, a partire dall'Istituto Superiore di Sanità;
- **l'OMS l'11 marzo 2020** ha dichiarato la **Pandemia**;

- con decreto del Presidente del Consiglio 18 marzo 2020 è stato nominato, ai sensi dell'articolo 122 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, il dott. Domenico Arcuri quale Commissario straordinario all'emergenza per il coordinamento delle misure occorrenti per il contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid 19;

Dalla dichiarazione dello stato di emergenza ad oggi (31 gennaio 2020), **per dare un'idea della complessità** delle azioni di contrasto assunte, basta evidenziare che **sono stati adottati complessivamente:**

▪ **8 DECRETI-LEGGE** riguardanti:

- **23 febbraio 2020, n. 6** contenente le misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia COVID -19;
- **2 marzo 2020, n. 9** contenente disposizioni di contenimento degli effetti negativi sul tessuto economico sociale;
- **8 marzo 2020, n. 11** contenente misure per contenere gli effetti negativi sull'attività giudiziaria;
- **9 marzo 2020, n. 14** contenete misure urgenti di potenziamento della rete di assistenza territoriale e delle funzioni del Ministro della salute;
- **17 marzo 2020, n. 18** contenente misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie lavoratori e impresa (**CD. CURA ITALIA**);
- **25 marzo 2020, n. 19**, contenente nuove misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia COVID -19;
- **8 aprile 2020, n.22** - Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli esami di Stato (GU n.93 del 8-4-2020)
- **8 aprile 2020, n. 23**, contenente misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali dei settori strategici nonchè interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali (**CD. DECRETO LIQUIDITÀ**);

- **10 DECRETI DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI** contenenti:

- **10 aprile 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU n.97 del 11-04-2020)

- **1 aprile 2020** Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU n.88 del 2-4-2020);
 - **28 marzo 2020** - Criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale 2020 (GU n.83 del 29-03-2020)
 - **22 marzo 2020** Ulteriori Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU n.76 del 22-3-2020);
 - **11 marzo 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU n.64 del 11-3-2020);
 - **9 marzo 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU n.62 del 9-3-2020);
 - **8 marzo 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU n.59 del 8-3-2020);
 - **4 marzo 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU n.55 del 4-3-2020);
 - **1 marzo 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU n.52 del 1-3-2020);
 - **25 febbraio 2020** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU n.47 del 25-2-2020);
- **1 DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA** contenente:
- **9 aprile 2020** recante annullamento straordinario dell'ordinanza n. 105 del 5 aprile 2020 del Sindaco del Comune di Messina
 -
- **2 DELIBERE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI** contenenti:
- **31 gennaio 2020** Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (GU n.26 del 1-2-2020)
 - **5 marzo 2020** - Ulteriore stanziamento per la realizzazione degli interventi in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (GU n.57 del 6-3-2020)

- **379 Ordinanze Regionali pubblicate alla data del 13 aprile** (oltre n. 37 altri atti tra note esplicative, chiarimenti e linee guida) per un totale di 384 provvedimenti, **così suddivisi, tra le diverse regioni:**
 - 35 Abruzzo;
 - 16 Basilicata (più n. 1 avviso di rettifica);
 - 28 Calabria (più n. 1 chiarimento);
 - 32 Campania (oltre n. 16 Chiarimenti);
 - 16 Emilia Romagna, di cui 1 d'intesa con il Ministero della salute;
 - 11 Friuli Venezia Giulia (di cui 1 con Direzione salute su trattamento defunti);
 - 23 Lazio (più 1 errata Corrige);
 - 18 Liguria (più 3 note esplicative);
 - 6 Lombardia;
 - 21 Marche n. 21 (più 2 note esplicative);
 - 19 Molise;
 - 11 Piemonte (più 1 nota esplicativa ed 1 chiarimento al decreto 36 del 3.04.2020);
 - 18 Puglia (più 1 nota esplicativa ed 1 chiarimento);
 - 18 Sardegna (più 1 nota esplicativa);
 - 15 Sicilia (più 2 circolari);
 - 33 Toscana;
 - 16 Umbria;
 - 9 Valle d'Aosta;
 - 10 Veneto (più 1 nota esplicativa);
 - 9 Provincia Autonoma di Bolzano (più 2 linee guida);
 - 15 Provincia Autonoma di Trento (più 3 linee guida)
- ;
- **24 Ordinanze del Dipartimento Protezione Civile;**
- **23 decreti del Capo Dipartimento delle Protezione Civile** (nomina del soggetto attuatore, integrazione compiti e funzioni, istituzione comitato tecnico scientifico);
- **9 Ordinanze del Commissario straordinario Arcuri;**
- **16 Ministero dell'interno** (n. 15 circolari e n. 1 direttiva);
- **16 decreti del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti** (n. 15 decreti e n. 1 ordinanza);

- **3 Ministero dell'economia e delle finanze;**
- **63 provvedimenti del Ministero della salute** (n. 2 decreti, 19 ordinanze, n. 37 circolari, 5 tra comunicati, nota, raccomandazioni);
- **1 circolare del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio e del mare;**
- **2 provvedimenti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 4** (n. 2 decreto e n.2 circolare):
- **3 provvedimenti del Ministro dello sviluppo economico** (2 decreto e 1 circolare)
- **1 provvedimento del Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione**
- **Ministero della giustizia n. 20** (1 decreto, 4 circolari, 3 direttive e 12 note per prevenire e fronteggiare l'emergenza Coronavirus negli uffici giudiziari e negli istituti penitenziari)
- **1 provvedimento del Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale**
- **3 provvedimenti del Ministero della pubblica amministrazione.** (n. 2 direttive e 1 circolare)
- **2 provvedimenti del Ministero dell'istruzione.**

Di tutti questi atti è stata fatta una attenta ricostruzione dei miei uffici che, ove il Parlamento lo ritenga, possono essere consegnate.

A questi atti si devono aggiungere tutte le ordinanze sindacali dei Comuni.

1. RAPPORTO FRA DIVERSI LIVELLI DI GOVERNO – STATO-REGIONI-COMUNI

La prima fase dell'adozione delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia Covid-19 ha, dunque, messo in evidenza le peculiarità del rapporto tra Governo, Regioni e comuni nella gestione dell'emergenza proprie del nostro ordinamento, che attribuisce allo Stato la competenza a definire con legge i principi fondamentali della tutela della salute e alle regioni l'organizzazione sanitaria.

In questo quadro vanno ricordate, innanzi tutto, le **competenze esclusive statali in tema di livelli essenziali delle prestazioni** di cui all'articolo 117, comma secondo, lettera *m*), della Costituzione e **quelle relative alla di profilassi internazionale** di cui all'articolo 117, comma secondo, lettera *q*), **nonché la competenza concorrente in materia di tutela della salute e protezione civile** prevista dallo stesso articolo 117, terzo comma.

Le Regioni, attraverso le aziende sanitarie, rappresentano, quindi, nel nostro ordinamento il livello di governo chiamato ad assicurare in via “ordinaria” le prestazioni sanitarie alle persone. Circa l’80% del bilancio di ciascuna Regione è, difatti, oggi finalizzato alla spesa sanitaria.

Una delle prime preoccupazioni che si sono manifestate è quella del possibile contrasto che - nell’ambito delle iniziative per il contenimento e la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 - potrebbe scaturire dal sovrapporsi delle normative regionali e comunali rispetto alle misure statali intraprese per contenere, mitigare e curare l’epidemia da COVID-19, **anche in considerazione del fatto che la nostra Costituzione non prevede una clausola di supremazia** in grado di sancire in qualunque circostanza la preminenza dello Stato nei confronti degli altri Enti territoriali.

È utile, sul punto, ricordare che, già da tempo, la Corte Costituzionale ha chiarito che le ordinanze contingibili e urgenti degli enti territoriali, hanno natura di atti amministrativi; ciò vuol dire che ad esse si applica il **principio di sussidiarietà**, ossia che **la competenza si radica sui livelli inferiori fino a che questi sono da considerare adeguati**, spettando invece allo Stato quando il livello locale/territoriale, per intensità o estensione, non possa ritenersi tale: e ciò del resto è quanto esplicitamente prevedono anche gli articoli 7 e 24 del d.lgs. n. 1 del 2018 (Codice della protezione civile). È evidente che, nel caso della COVID-19, **trattandosi di una epidemia a carattere transnazionale, il livello adeguato per l’individuazione delle misure di contrasto non può che essere quello statale.**

Altro aspetto che si è posto riguarda la governance del servizio sanitario, se cioè questo, in un caso di emergenza, non debba essere coordinato a livello sovraregionale; anche in questo caso **la Corte Costituzionale** ha già precisato che **nelle materie di competenza concorrente, tra le quali è ricompresa quella della tutela della salute, nel caso di inadeguatezza dei livelli regionali, lo Stato può avocare a sé le funzioni amministrative** e conseguentemente la relativa funzione legislativa, come espressamente previsto con le sentenze n. 303 del 2003, n. 6 del 2004, purché garantisca forme di collaborazione adeguate alle circostanze (Corte Cost. sent. n. 246 del 2019). Nel caso di specie, lo Stato può dunque senz’altro avocare a sé stesso forme di coordinamento dell’organizzazione sanitaria, nonché, ove necessario, la stessa assunzione diretta di servizi, soprattutto in caso di emergenza: **il carattere straordinario dell’epidemia giustifica, infatti, l’intervento statale ed in particolare l’attivazione del sistema nazionale della Protezione civile, chiamata quest’ultima non a sostituirsi alle strutture sanitarie regionali, ma ad assicurare loro un supporto, un “aiuto”,** facendosi carico di tutti quei problemi che non possono essere affrontati adeguatamente dalle singole regioni, come ad esempio gli

approvvigionamenti di medicinali e dispositivi medici, l'allestimento di nuove strutture ospedaliere, l'apporto di personale sanitario.

Per questo motivo, come già detto, con decreto del Presidente del Consiglio 18 marzo 2020 è stato nominato, ai sensi dell'articolo 122 del decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, il dott. Domenico Arcuri **quale Commissario straordinario all'emergenza** per il coordinamento delle misure occorrenti per il contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid 19. La nomina di un Commissario straordinario ci fa capire come sia **strategico ed irrinunciabile un intervento unitario per assicurare la capacità di produrre, fornire o acquistare rapidamente medicinali, dispositivi medici e di protezione individuale, presidi sanitari e medico-chirurgici, equipaggiamenti per il personale, apparecchiature sanitarie adeguate**, così come per acquisire, e se del caso di costruire, in tempi ridotti strutture sanitarie ed ospedaliere o per attivare nuovi posti letto.

Il complesso delle norme costituzionali vigenti, così come interpretate da una consolidata giurisprudenza costituzionale, consegnano, quindi, già allo Stato tutti i poteri necessari per intervenire al fine di garantire, il diritto alla salute dell'individuo, nei casi in cui il livello Regionale sia inadeguato per dimensioni ed intensità del fenomeno, e il Governo ha fatto, sin qui, un uso consapevole dei poteri sopra accennati con lo strumento del decreto-legge che è, nel nostro ordinamento, lo strumento per eccellenza utilizzabile in caso di emergenza. Lo Stato non ha quindi risparmiato alcuno dei poteri di cui dispone, compreso quello dell'intervento legislativo, dinanzi ad una situazione di emergenza sanitaria dal carattere transnazionale, anzi globale, avendo l'OMS dichiarato ufficialmente la Pandemia l'11 marzo.

DECRETI LEGGE N. 6 E N. 19 DEL 2020

Il quadro delle competenze e dei rapporti fra lo Stato, le regioni e i comuni è stato ulteriormente chiarito dalle disposizioni dei decreti legge n. 6 del 2020 e 19 del 2020.

Il decreto-legge n.6 del 23 febbraio 2020, nel prevedere le misure di contenimento contro l'epidemia COVID-19, attribuiva, all'articolo 3, comma 1, al Presidente del Consiglio dei Ministri - su proposta del Ministro della salute, sentito il Ministro dell'interno, della difesa, dell'economia e delle finanze e gli altri ministri competenti per materia nonché i Presidenti delle Regioni interessate o il Presidente della Conferenza delle regioni in caso di misure riguardanti l'intero territorio nazionale - l'adozione delle predette misure.

Il medesimo decreto n. 6 del 2020, prevedeva, inoltre, all'articolo 3, comma 2, che i Presidenti di Regioni, o i sindaci, ciascuno nel territorio di competenza, **nelle more** dell'adozione

dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, **potessero** adottare, nei casi di estrema necessità e di urgenza, le misure di contenimento ritenute necessarie.

Come chiarito dall'Avvocatura generale, il potere attribuito ai Presidenti di regioni o ai sindaci, era soltanto transitorio e nelle more" e non poteva quindi consentire ai Presidenti di adottare proprie ordinanze su medesime fattispecie già previste dal DPCM. A seguito dell'adozione dei DPCM, pertanto i Presidenti di regione potevano adottare ordinanze su fatti ulteriori, non considerati e sempre **solo "nelle more" dell'adozione di un eventuale ulteriore DPCM**. L'Avvocatura aveva chiarito, quindi, che i provvedimenti regionali debbono necessariamente coordinarsi con i DPCM e recedere dopo l'adozione di questi.

Tale quadro giuridico è stato ulteriormente esplicitato dal citato **decreto-legge n. 19 del 2020** semplificandolo. Tale decreto legge ha, infatti, eliminato la possibilità di adottare da parte dei Sindaci le ordinanze contingibili e urgenti, a pena dell'inefficacia di detti provvedimenti, e ha ribadito la procedura di formazione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di adozione delle misure di contenimento, già stabilita dal decreto legge n. 6 del 2020, prevedendo inoltre che sia sentito, di norma, il Comitato tecnico scientifico per assicurare l'adeguatezza e la proporzionalità delle misure adottate.

Per eventuali situazioni sopravvenute, in caso di necessità e urgenza, si procede con ordinanza del Ministro della salute nelle more delle adozioni del DPCM.

Le regioni mantengono la possibilità di introdurre nel loro territorio o in parte di esso, misure più restrittive solo in caso di aggravamento sopravvenuto del rischio sanitario, purché nelle materie di loro competenza e con esclusione delle attività produttive e di quelle di rilevanza strategica per l'economia nazionale. Le disposizioni prevedono espressamente che le ordinanze delle regioni cessino di avere efficacia al momento dell'adozione del DPCM.

Le disposizioni del decreto-legge n. 19 del 2020 tengono conto quindi, delle peculiarità di ogni contesto regionale e locale, e dell'eventuale andamento differenziato dell'epidemia nelle varie regioni.

Resta, invece, nelle prerogative regionali la possibilità di assumere autonome decisioni relative all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, non avendo i decreti legge, innovato in materia. È il caso ad esempio della scelta se effettuare o meno tamponi a tutta la popolazione regionale, che non solo deve essere adeguatamente motivata sul piano dell'efficacia clinica, ma che è soprattutto condizionata alle risorse economiche regionali disponibili.

FINANZIAMENTI

Così chiarito il quadro generale, passiamo a quello dei finanziamenti. Ad oggi il Governo ha stanziato risorse **per complessivi 1, miliardo, 775 milioni** (verificato BORRELLI)

Delibera stato emergenza 31 gennaio 2020 , per l'attuazione dei primi interventi, a valere sul Fondo per le emergenze nazionali di cui all'articolo 44, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1.	euro 5.000.000,00
Decreto Legge del 23 febbraio 2020 n.6 , a valere sul Fondo per le emergenze nazionali previsto dall'articolo 44 del codice della protezione civile	euro 20 milioni
Delibera del Consiglio dei ministri del 5 marzo 2020 , ulteriore stanziamento a valere sul Fondo per le emergenze nazionali di cui all'articolo 44, comma 1, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;	ulteriori 100 milioni di euro
Decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, art. 18, c. 3	1.650.000.000,00
TOTALE STANZIAMENTI	1.775.000.000,00

Nel periodo dell'emergenza, gli acquisti sono stati effettuati da protezione civile, dalle regioni e da ultimo dal Commissario straordinario. Uno dei temi che si sono posti è stato quello di stabilire se agli acquisti effettuati dalle regioni spettasse il rimborso da parte delle risorse statali.

Al riguardo si possono distinguere tre fasi.

La prima, decorrente dal 24 febbraio al 3 marzo, ha visto le regioni agire quali soggetti attuatori ed acquistare materiali sanitari, per un totale di 62 milioni di euro, previa autorizzazione del Capo dipartimento della protezione civile. Tali spese, una volta rendicontate, saranno rimborsate a valere sulle risorse statali. Ovviamente ciò che è stato acquistato con le risorse statali, confluirà nel piano generale della distribuzione di protezione civile. Pertanto la struttura commissariale contabilizzerà le acquisizioni e le caricherà sul sistema al fine di assicurare la massima trasparenza e informazione dei cittadini.

Una seconda fase è quella che va dal 4 marzo al 6 aprile. In questo caso le regioni hanno acquistato materiale per circa 346 milioni, autorizzati con riserva dal Capo del Dipartimento di protezione civile. Tali spese saranno rimborsate ove vengano considerate compatibili e nella misura consentita dal flusso di risorse messo a disposizione del Commissario.

Per le acquisizioni successive al 6 aprile in poi, gli acquisti con le risorse statali saranno centralizzati in capo al Commissario straordinario e contabilizzati nel sistema. Quelle effettuate delle Regioni, saranno a carico delle regioni con risorse proprie. **Le necessità connesse all'assistenza volontaria e domiciliare, che non rientrano nell'acquisizione centralizzata, ove richieste saranno di volta in volta analizzate, ed eventualmente, autorizzate.**

MATERIALI ACQUISITITI

Per quanto riguarda i materiali complessivamente sono stati acquistati e distribuiti materiali sanitari in tutte le regioni per un **totale di 117.069.935 al 14 aprile 2020.**

Di questi 116.951.607 attengono a **materiali consumabili** ossia mascherine, calzari, camici, cuffie, guanti, igienizzanti, caschi, tamponi, visiere etc.

118.328 attengono a **materiali non consumabili.**

Sul sito della protezione civile sono riportati quotidianamente il **dettaglio dei materiali**, consumabili e non consumabili, distribuiti sul territorio regionale (**All. 1**)

QUESTIONE LOMBARDIA – AUTONOMIA DIFFERENZIATA

Non è certo questo il momento dell'analisi delle responsabilità, ma una riflessione e una presa d'atto degli errori occorsi nella prima fase dell'epidemia può risultare utile per affrontare le prossime e impegnative fasi.

A fronte di un ottimo intervento sul potenziamento delle terapie intensive e semi intensive, per altro in larga misura reso possibile dalle misure assunte dal Governo e dall'impegno e dal sacrificio dei medici e **delle altre figure professionali sanitarie**, in Lombardia è risultata evidente l'assenza di strategie relative alla gestione del territorio. Da questa vicenda, è stato possibile comprendere, infatti, che la prevenzione territoriale pubblica deve essere capillare e rigorosa e che le regioni che, pur essendo in condizioni critiche, **sono riuscite a garantirla** avevano proprio questo aspetto in più rispetto ad altre. Su questo non si potrà non assumere decisioni chiare nette, anche in accordo con le regioni stesse.

L'emergenza non avrebbe infatti dovuto essere interpretata solo nel senso di un'emergenza sul fronte della carenza delle terapie intensive, quando in realtà si trattava di un'emergenza di sanità pubblica che, insieme alla medicina territoriale, sono state per anni trascurate e depotenziate nella sanità lombarda.

Altra criticità emersa è quella relativa alla gestione delle RSA e dei centri diurni per anziani, che ha prodotto una diffusione del contagio e un triste bilancio in termini di vite umane (nella sola provincia di Bergamo 600 morti su 6000 ospiti in un mese).

Detto questo l'organizzazione sanitaria regionale, se ha come punto di riferimento l'attuazione del principio di sussidiarietà, non solo va bene ma rafforza l'unità del sistema. Pertanto non ritengo che questa esperienza possa compromettere il percorso ad oggi individuato insieme alle regioni sulla autonomia differenziata regionale.

La centralità degli interventi in materia di prevenzione e sanità pubblica, l'esigenza di un rafforzamento non solo delle amministrazioni statali a ciò deputate, ma soprattutto delle strutture territoriali, quali le agenzie regionali e i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie, la necessità di puntare sulla sanità di prossimità, sulle reti territoriali che passano in primo luogo dai medici di medicina generale sono priorità che dovrebbero già caratterizzare in via "ordinaria" il nostro sistema sanitario nazionale e i servizi sanitari regionali e che costituiscono interventi efficaci e necessari per affrontare le emergenze sanitarie come la realtà sta dimostrando.

CHIUSURA AREE A RISCHIO

L'Assessore alla sanità lombarda ha ammesso in una recente intervista ad Agorà su RAI 3, che la sua giunta aveva gli strumenti normativi per adottare misure restrittive istitutive di zone rosse ma non erano state assunte perché a seguito della richiesta fatta al Governo da parte dell'Istituto superiore di sanità, ritenevano che avrebbe provveduto il Governo stesso.

Nel decreto-legge n.6 del 23 febbraio 2020, l'articolo 1 consentiva, già, alle Autorità competenti (e quindi anche ai Presidenti di regione) di adottare ogni misura di contenimento o di gestione adeguata e proporzionale all'evolversi della situazione epidemiologica incidenti sul proprio territorio.

Il medesimo decreto n. 6 del 2020, prevedeva, inoltre, all'articolo 3, comma 2, che i Presidenti di Regione, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri riguardanti l'adozione di misure sull'intero territorio nazionale, potessero adottare, nei casi di estrema necessità e di urgenza, le misure di contenimento ritenute necessarie.

La normativa vigente in quel momento consentiva pertanto alla regione Lombardia di individuare zone rosse.

DIVARIO NORD SUD

L'emergenza sanitaria che stiamo vivendo ha fatto emergere ancor di più il divario esistente tra Nord e Sud del Paese.

In primo luogo, l'esodo dei "rientranti" a seguito della chiusura delle Università, delle fabbriche, degli uffici pubblici del Nord ci ha fatto prendere atto di un consistente, e forse volutamente dimenticato, flusso migratorio interno al Paese e allo stesso tempo delle connessioni ed interdipendenze esistenti tra le diverse "parti" dell'Italia. Il nostro non è un Paese "a compartimenti stagni".

In secondo luogo stiamo registrando un divario per quanto riguarda la capacità di risposta dei diversi servizi sanitari regionali. E' emerso infatti che la risposta all'emergenza sanitaria è fortemente condizionata dalle differenze e dagli squilibri territoriali che caratterizzano in maniera strutturale ed oramai perenne il nostro sistema sanitario nazionale.

È il caso di ricordare che le 7 Regioni in piano di rientro, con tutte le limitazioni alle quali sono sottoposte sul piano organizzativo ed operativo, ed in particolare per quanto riguarda l'assunzione di personale, si trovano nel sud del nostro Paese.

L'epidemia che stiamo vivendo ci avvisa di come sia importante riequilibrare il nostro sistema sanitario, anche al fine di affrontare adeguatamente le future emergenze **oltre** quella in atto.

Al contempo, mostra tutti i suoi limiti l'approccio prettamente economico-finanziario all'organizzazione dei servizi sanitari che è prevalso in questi anni. Non possiamo limitarci alla sola lotta agli sprechi e alla cattiva gestione delle risorse finanziarie. Si avverte la necessità di disporre investimenti in uno spirito di solidarietà nazionale per le regioni particolarmente "fragili", che in molti casi scontano ritardi sociali, economici, infrastrutturali.

Il superamento del divario tra le diverse regioni, con la conseguente risposta unitaria e uniforme anche alle emergenze sanitarie, non può essere affidato ad una statalizzazione del servizio sanitario nazionale. Bisogna, invece, potenziare "tutti" i sistemi sanitari regionali.

FASE 2

CONCLUSIONI

Per concludere, questa esperienza dimostra quanto si debba potenziare la sanità con investimenti adeguati ed efficaci. Voglio a questo proposito parafrasare quanto affermato dal Presidente della Repubblica nella Giornata mondiale della Salute: “La qualità della vita e gli stessi diritti fondamentali della persona sono strettamente legati alle capacità e all’universalità del servizio alla salute. Ma le strutture da sole non basterebbero senza l’umanità e la responsabilità di chi vi opera: per questo il ringraziamento di oggi deve tradursi in un sostegno lungimirante e duraturo da parte delle nostre comunità”.