

La pandemia come paradigma di un welfare che non funziona

Alla fine della prima ondata di contagi sussiegosamente gli amministratori umbri si fregiavano del titolo di regione *free* dal Covid 19. Su questo si sono concentrate le campagne turistiche e si è orientata l'opinione pubblica. Se si guardano i quotidiani da giugno a settembre si assiste ad una esaltazione dell'attrattiva della regione, libera dal virus. Albergatori, ristoratori, venditori di souvenir, gestori di discoteche, ecc. - tutte categorie abituate a *chiagnere e fottere* - sostenevano che, insomma, le cose andavano benino, non si era alla piena ripresa, ma ci si poteva contentare. Dopo tre mesi la situazione è divenuta drammatica. Ormai i tracciamenti sono saltati e i numeri che vengono forniti sono buoni per giocarsi al lotto (ammesso che le ricevitorie siano aperte). I numeri accertati sono quelli dei morti che crescono, come i ricoverati sia nei reparti di pronto soccorso che presso le terapie intensive. La governatrice prima ha cercato di estrarre il coniglio dal cappello (il consigliere Guido Bertolaso), poi è stata costretta a ricevere i sindacati e a stabilire una *union sacrée* con le opposizioni, in nome naturalmente del "bene comune". I giornali per contro dedicano paginate intere al virus e alla sua espansione. All'ottimismo beota dell'estate è seguito il plumbeo resoconto di contagi, ricoveri, morti, ospedali intasati e sull'orlo del collasso. Nessuno, tuttavia, cerca di spiegare perché da regione di coda del contagio l'Umbria sia entrata tra le prime regioni per incidenza dell'epidemia.

Una situazione grave ma non seria. Pronti a tutto e preparati a niente

La cosa è per molti aspetti incomprensibile. Non ci sono grandi città, gli addensamenti sono limitati, è strano che i contagi spesso si concentrino in piccoli comuni. Insomma permangono quegli elementi strutturali di marginalità e di isolamento che avevano permesso all'Umbria, nella prima fase, di es-

sere colpita dalla pandemia in misura meno accentuata di altre realtà del centro-nord. La prima domanda che siamo posti è stata, allora, cosa abbia agito da acceleratore per la diffusione della pandemia. In questo caso l'Umbria non ha rappresentato un'eccezione rispetto al resto d'Italia. Con ogni probabilità la causa della fine della regione *free* Covid deriva da una mobilità incontrollata, di cui la ripresa accentuata dei flussi turistici è un aspetto non secondario, da una generale imprudenza di comportamenti, da una disinvolta permissività delle amministrazioni locali (e dello Stato) e dall'assenza di seri strumenti di controllo e monitoraggio della situazione. A tutto ciò era sottesa la convinzione che il peggio era passato e che quindi non era necessario cambiare nulla. "Prima o poi arriverà il vaccino e anche i focolai residui saranno spenti". Dopo le proteste contro il debole o troppo duro Conte il realismo ha avuto il sopravvento. Ci si è accorti che la storia sarà lunga e uscirne non sarà affatto semplice. Per la verità bastava leggersi qualche libro sulle epidemie del passato per rendersene conto.

Ma se la domanda iniziale è legittima restano tuttavia i dati strutturali su cui nessuno si è preso la cura di indagare. Sono quelli sullo stato delle strutture del *welfare* in particolare la scuola - su cui siamo a più riprese intervenuti - i trasporti e la sanità. Rispetto a ciò non si è fatto nulla, neppure quel poco che le sovvenzioni messe a disposizione dal governo poteva consentire di fare e quando si sono progettati, a 24 mesi, i piani che avrebbero consentito di spendere i finanziamenti messi a disposizione per l'emergenza, si è proseguito lungo la via maestra già tracciata non solo dall'attuale amministrazione, ma anche da quelle precedenti. Per i trasporti una situazione già precaria e deficitaria si è ulteriormente aggravata. Nessuno ha messo in discussione la scelta dell'aziendalizzazione del servizio di trasporto pubblico locale, nuovi investimenti significativi in vettori non ce ne sono stati, appena si è sentito un sentore di ripresa si

Le carenze del welfare umbro e il fallimento dell'aziendalizzazione e della malintesa efficienza

è ricominciato a discutere di alta velocità e di trasporto aereo. Per la sanità la situazione risulta, *pour cause*, ancora più grave. Si è rimasti al modello ospedalocentrico trionfante nell'ultimo quindicennio. Se in precedenza di fronte ad una domanda di sanità crescente si è risposto senza significativi incrementi di organico e con un sostanziale decremento

dei finanziamenti, in nome di una presunta lotta agli sprechi e di una malintesa efficienza, negli ultimi sei mesi non sono state segnalate significative crescite di operatori, poco o niente è stato fatto nella medici-

na territoriale e in quella di base, non si è riusciti neppure a spendere le cifre messe a disposizione della Regione dallo Stato. Anche in questo caso si è rimasti inchiodati alla visione dell'ospedale come azienda e della sanità come volano di affari. Insomma nei mesi intercorsi tra marzo-aprile e ottobre, al di là delle chiacchiere, non c'è stata nessuna intenzione di cambiare il modello sanitario umbro, si è continuato a pensare che il fulcro del sistema dovessero continuare ad essere gli ospedali e che, in prospettiva, i cambiamenti dovessero porsi in direzione di una sinergia pubblico-privato. Insomma l'idea che l'Umbria avesse una sanità evoluta non ha retto la prova dell'epidemia. Tutto ciò può spiegare i ritardi sul "tamponamento", le difficoltà a tracciare i contagiati e quindi l'aumento della diffusione del virus, ma anche l'aumento dei ricoveri e delle terapie intensive con la conseguente riduzione dei servizi destinati ad altre patologie. Su questi temi si è concentrata la nostra attenzione, cercando di fornire ai nostri lettori e alla comunità regionale qualche chiave di lettura su quanto è avvenuto e su quanto avverrà a pandemia conclusa, tentando di andare al di là del sensazionalismo sul numero dei contagi, dei ricoveri e del macabro conteggio dei morti. Si è sostenuto che la pandemia sarebbe stata l'occasione per cambiare paradigmi e dinamiche d'intervento. Non ci sembra alla prova dei fatti che sia stato e sia così. Il rischio è, ancora una volta, che "finita la festa gabbato lo santo".

Covid
speciale

Un sistema sanitario già da tempo in declino, oggi alle corde

Prima del diluvio

La Giunta Tesci non sa dove mettere le mani di fronte ad una pandemia riesplora in maniera tale che ha spiazzato molti e sta mandando in tilt ciò che rimane di un sistema sanitario, come quello umbro, descritto, in parte a ragione, come uno dei migliori d'Italia. Per obiettività, tuttavia, va detto che i problemi c'erano già da tempo, prima del sopraggiungere del virus e dell'assai più pernicioso contagio leghista. Non sarebbe male, allora, cercare di tratteggiare cosa sia successo in Umbria negli ultimi 20 anni, e soprattutto il perché di un processo lento, ma continuo di depotenziamento della sanità umbra e contestualmente di aumento, seppur minore rispetto ad altre realtà regionali, della sanità e

infatti il numero complessivo di occupati nella sanità pubblica umbra (da Ragioneria Generale dello Stato), aumenta del 4,32% a fronte di un -6% nazionale (Lombardia -2,74%, le Marche -1,72%, Abruzzo -7,35%). Ma allora perché i sindacati reclamano l'assunzione di circa un migliaio di addetti? Una delle risposte - ci dicono in Cgil - è che un conto sono gli addetti censiti e un altro le piante organiche ufficiali. La realtà registra non pochi "buchi" che rimangono a lungo scoperti, specie dopo *Quota 100*. I posti in teoria ci sono in pratica no. Un'altra spiegazione risiede nel già citato fattore invecchiamento demografico che con il suo carico di malattie, negli anziani quasi sempre croniche, richiederebbe organici e

territorio, questione tornata in questi mesi all'ordine del giorno, dopo che Covid-19 ha evidenziato tutti gli effetti negativi legati a quel processo di ri-ospedalizzazione del Ssn che - dove più, dove meno - ha caratterizzato le politiche sanitarie de-

Meno fondi statali, una medicina territoriale sottodimensionata, la "razionalizzazione" come risposta alla diminuzione delle risorse

gli ultimi 20 anni. Anche l'Umbria ovviamente, non è stata esente da tale processo. Solo prendendo in considerazione i dati dell'occupazione relativi agli anni 2015-2019, così come forniti dalle Relazioni annuali delle due Asl umbre, emerge che gli addetti salgono in tutti i comparti: in assistenza ospedaliera passano dal 60, 82% al 64,56% del totale, mentre il personale dei distretti e dei dipartimenti di prevenzione (calcolati insieme), sale da 29,28% a 33,41%. Peraltro c'è da registrare che il Patto della Salute 2010-2012 stabiliva come ottimale un rapporto - in termini di finanziamento - rovesciato: 44% per l'assistenza ospedaliera e 56% per distretti e dipartimenti di prevenzione. Altro dato da considerare è che l'Umbria ha subito gli effetti della riduzione di fatto del Fondo sanitario nazionale: 115 miliardi nel 2019, nominalmente in crescita, ma che per conservare il valore reale del 2010, avrebbe dovuto essere di 117, come concordato con il "Patto per la salute" tra Stato e Regioni, poi disatteso. Si è trattato, insomma, di un de-finanziamento camuffato, operazione questa in cui ha brillato soprattutto il governo Renzi. Anche per la Regione Umbria ciò si è tradotto in una decurtazione di fatto delle risorse. Uno studio del prof. Luca Ferrucci (Università di Perugia), ha calcolato che nel periodo 2002-2017, la spesa-nominale sanitaria è cresciuta in Umbria del 47%, in linea con la media nazionale ma che essa è stata esclusa da premialità, anche consistenti, concesse ad altre regioni, nonostante essa fosse fra le regioni più "anziane" e che, insieme alla Liguria, registrasse percentuali rilevanti di persone ultra 74enni. Alla contrazione delle risorse si è risposto quindi con le "inevitabili" razionalizzazioni (tagli, accorpamenti, minore offerta complessiva), non a caso si è giunti ad una situazione tutt'altro che soddisfacente specie, per esempio, per i tempi di attesa che, sempre Ferrucci, stima relativamente superiori alla media nazionale, con momenti di assoluta criticità per numerose prestazioni, che inducono spesso al fenomeno della migrazione sanitaria, ovvero al ricorso ad altri sistemi regionali. Tali razionalizzazioni hanno consentito alla Regione Umbria di diventare parametro di riferimento in termini di efficienza (*Benchmarking*) che hanno riempito di orgoglio la ormai lontana Giunta Marini, dimenticandosi - errore madornale ma plausibile con l'esangue "riformismo" dei nostri tempi - che efficienza non fa rima assolutamente con efficace soddisfazione dei bisogni. I cittadini umbri, in maniera rozza (spedendo al governo regionale la destra a trazione leghista) glielo hanno fatto poi sapere. È il frutto di una politica di aziendalizzazione che considera l'assistenza e la sanità come costi da comprimere il più possibile e della necessità di un sistema sanitario pubblico che non è sostituibile attraverso scorciatoie privatistiche. Ci voleva la pandemia per ricordarlo agli amministratori e ai cittadini.

In Umbria si riduce la spesa pubblica in Sanità

Al 2018 la spesa sanitaria del Sistema Pubblico Allargato (SPA) sulla base dei dati forniti dal Sistema dei conti pubblici territoriali (CTP-Agenzia per la Coesione Territoriale) al netto delle partite finanziarie (interessi passivi, partecipazioni azionarie, concessione di crediti, ecc) ammonta a 121,4 miliardi di euro. Oltre il 50% di questa spesa si concentra in 5 regioni (Lombardia 21,5%, Lazio 9,82%, Emilia Romagna, 8,1%, Campania 7,8% e Veneto 7,5%), mentre la spesa riferita all'Umbria è pari all'1,4% della spesa nazionale (per avere un parametro di riferimento la popolazione umbra è l'1,5% di quella nazionale). Tra il 2000 ed il 2018 l'incidenza della spesa sanitaria sul totale della spesa di tutti i settori dello SPA è salita, a livello nazionale, dall'11,6% al 12, 8%, mentre in Umbria è rimasta stabile (13, 2% nel 2000 2 13,1% nel 2018), presentando quindi ad inizio e fine periodo valori superiori, sia a dato medio del complesso delle regioni del centro-nord (11,5% nel 2000 e 12,6% nel 2018). Già questi da questi primi scarni dati si evidenzia una dinamica che vede l'Umbria partire inizialmente (2000) con un livello di incidenza della spesa in sanità superiore sia alla media italiana che al centro-nord, vantaggio che nel corso degli anni si assottiglia sempre più.

Questa dinamica risulta con maggiore evidenza analizzando anno per anno l'andamento della spesa sanitaria dell'Umbria a confronto con la media nazionale e quella del centro-nord (Fig.1). Fatto uguale a 100 il dato di partenza del 2000 mentre la spesa umbra con un andamento oscillante chiude il periodo (2018) 4,4 punti al di sopra del dato iniziale, per altro dopo aver segnato nel periodo 2013/2015 valori inferiori al 2000, la spesa nazionale e quella del complesso del centro-nord presentano un andamento irrisolto decisa crescita fino al 2008 (anno della crisi) per assestarsi con lievi oscillazioni e chiudere il periodo con 37,2 punti il centro-nord e con 32,6 punti la media nazionale al di sopra del dato iniziale del 2000. Quindi mentre a livello nazionale e nel complesso delle regioni del centro-nord in 18 anni la spesa sanitaria: valori costanti cresce mediamente di 1,8 punti l'anno, in Umbria la crescita è molto più ridotta attestandosi a fine periodo su livelli di poco superiori a quelli iniziali.

Questo andamento decrescente della spesa in sanità dell'Umbria risulta ancora più evidente esaminando il dato della spesa pro capite (Fig.2). Al 200 la spesa primaria netta in sanità a livello nazionale era pari a 1.565 euro procapite (valori a prezzi 2015), nel complesso delle regioni del centro-nord era di 1.671 euro ed in Umbria di 1.987 euro, il valore più alto tra tutte le regioni italiane, secondo solo ai 2.075 euro della provincia autonoma di Bolzano. Al 2018 quella nazionale è salita a 1.955 euro, registrando una crescita di 24,9 punti, quella delle regioni del centro-nord si è portata a 2.101 euro, per una crescita di 25,4 punti, quella umbra si attesta sui 1.932, ovvero 2,8 punti al di sotto del dato del 2000. Quindi nell'arco degli ultimi 18 anni la spesa pubblica in sanità in Umbria in termini globali, ma soprattutto in termini pro capite, si

Umbria, personale dipendente del servizio sanitario nazionale

	Medici	Infermieri	Tecnici e amministrativi	Totale
1997	1.839	4.478	4.723	11.040
2017	1.980	4.679	4.150	10.809

dell'assistenza privata.

Per quanto riguarda le strutture residenziali private l'Annuario statistico del servizio sanitario nazionale dal 1997 al 2017, sancisce come in un ventennio esse siano passate da 11 a 120, quasi tutte deputate all'assistenza agli anziani, mentre quelle pubbliche sono ferme a 173. In realtà la sanità privata umbra e le case di riposo sono solo l'inizio di un processo che la giunta di centro destra voleva rendere irreversibile. Si preannunciava lo sbarco in Umbria dei grandi gruppi che assumono il settore come *business* (Angelucci e De Benedetti), ben più strutturati e potenti degli operatori umbri del settore. L'esplosione della pandemia ha per il momento bloccato questo processo, ma non è affatto detto che non venga ripreso dopo l'emergenza.

Per contro nello stesso periodo (1997-2017) si assiste ad un depotenziamento, sempre secondo i dati dell'Annuario del Servizio sanitario nazionale. Gli addetti totali al settore sono diminuiti del 2,1%, a fronte di un aumento di popolazione di 70mila abitanti (+ 8%), per di più, tendenzialmente sempre più vecchia (al 2019 il 25,1% della popolazione umbra era composto da ultra sessantacinquenni, a fronte del 22,9%). Ciò implica un carico maggiore per il Ssn in termini di prestazioni (più malattie croniche e lungodegenze) e di spesa. A queste crescenti necessità si risponde con un incremento di un ventennio di 140 medici e 200 infermieri.

Meno addetti, molti più anziani e un privato umbro che si vorrebbe espandere ma che a oggi non offre grandi garanzie

Nello stesso periodo diminuiscono di un terzo anche i posti letto (da 4.300 del 1997 ai 3.000 circa del 2017). Insomma, la fotografia della sanità umbra degli ultimi 20 anni, mostra meno posti letto, e quindi continuo rischio di ingorgo (in alcuni reparti i tassi di saturazione raggiungono il 90%), e meno addetti, fra l'altro poco e meno pagati rispetto ad altre regioni italiane. Tuttavia, tornando a questi ultimi e guardando i dati in un lasso di tempo più ristretto (2008-2018), essi contraddirebbero la tendenza ventennale:

servizi che invece sono in perenne affanno. Insomma cresce la domanda di sanità a cui non corrispondono servizi adeguati.

A conforto di tale tesi, utilizzando i dati Istat 2004-2013 relativi alla domanda di ADI (Assistenza domiciliare integrata) ovvero il sistema di interventi e servizi sanitari offerti a domicilio, progettati e gestiti in maniera interdisciplinare

Una domanda di salute e di assistenza crescente a cui si danno risposte insufficienti

(medici, infermieri, operatori del sociale, fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.) emerge come gli utenti umbri ultra 65enni, passino da 5.860 a 10.959 (con picchi di oltre 18mila nel biennio 2009-2010) corrispondenti ad un rapporto che passa da 245,70 anziani trattati per 10mila abitanti del 2004, a 422,54 per 10mila abitanti nel 2013. Se confrontiamo tali dati con quelli del 2019, provenienti dalle Relazioni annuali delle due Asl umbre, vediamo che gli utenti salgono a 12.237, pari a 476,50 utenti ogni 10mila abitanti. Ciò dimostra come la domanda sanitaria cresca continuamente, a fronte invece, di un personale che, seppure in aumento relativo negli ultimi anni, rimane insufficiente. Tali elementi spiegano la sofferenza degli operatori e dell'intero sistema sanitario, anche in considerazione dell'aggiornamento, dopo moltissimi anni, del fabbisogno sanitario effettivo della popolazione codificato dall'introduzione dei LEA (Livelli essenziali di assistenza), ovvero le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. In proposito c'è da dire che dal ponderoso volume del Ministero della sanità sul *Monitoraggio dei Lea 2018*, la valutazione finale per l'Umbria risulta ampiamente positiva e in crescita a partire dal 2012. Ma a quale costo? "Si fanno belli sulla pelle e sulla fatica degli altri", ci ha detto un medico di un ospedale umbro alcuni mesi fa, riferendosi al continuo al continuo ricorso a straordinari, ferie rimandate, mancati riposi, ecc.

Altri indicatori, secondo noi significativi, sono quelli relativi al rapporto ospedale-medicina di

ridotta sia rispetto all'andamento generale del paese e al complesso dell'area centro-nord. Per completare il quadro è di un qualche interesse analizzare l'andamento delle voci di spesa del conto pubblico sanità, partendo dal dato che la quasi totalità della spesa, attorno al 98,0%, è composta da spesa di conto corrente. Per quanto riguarda la spesa in conto capitale nel complesso del paese si assiste ad una netta riduzione del peso di questa componente sul totale della spesa primaria netta, passando dal 3,4% di inizio periodo all'1,3% del 2018; mentre nel 2000 si investivano in sanità 54 euro pro capite, al 2018 si è scesi a 26 euro (da 67 euro a 28 euro nel centro-nord). Parabola discende si registra anche in Umbria che già partiva con un 2,2%, inferiore al dato medio nazionale e chiude (2018) con un'incidenza dell'1,2%; in termini pro capite si scende dai 43 ai 23 euro pro capite. Per quanto riguarda la parte corrente, per cir-

ca il 26,1% si tratta di spese per il personale, che in Umbria salgono al 28,2%. In generale per questa voce di spesa si osserva un trend di crescita da inizio periodo fino al 2006, alla quale segue una discesa negli anni successivi, ma con l'Umbria che sia in fase di crescita, sia in fase di riduzione presenta comunque un'incidenza di questa voce superiore sia al dato medio nazionale che a quello del centro-nord. L'altra voce di spesa corrente, la più corposa, è quella relativo all'acquisto di beni e servizi (farmaci, presidi sanitari, ecc.) che nel periodo considerato a livello nazionale sale dal 58,8% del totale della spesa corrente al 71,1% (nel centro-nord dal 60,7% al 72,1%), realizzando nel periodo una crescita di ben 61,7 punti percentuali (65,3% nel centro nord). In Umbria l'incidenza di questa componente a fine periodo si attesta al 66,6% del totale della spesa, valore al di sotto del dato medio.

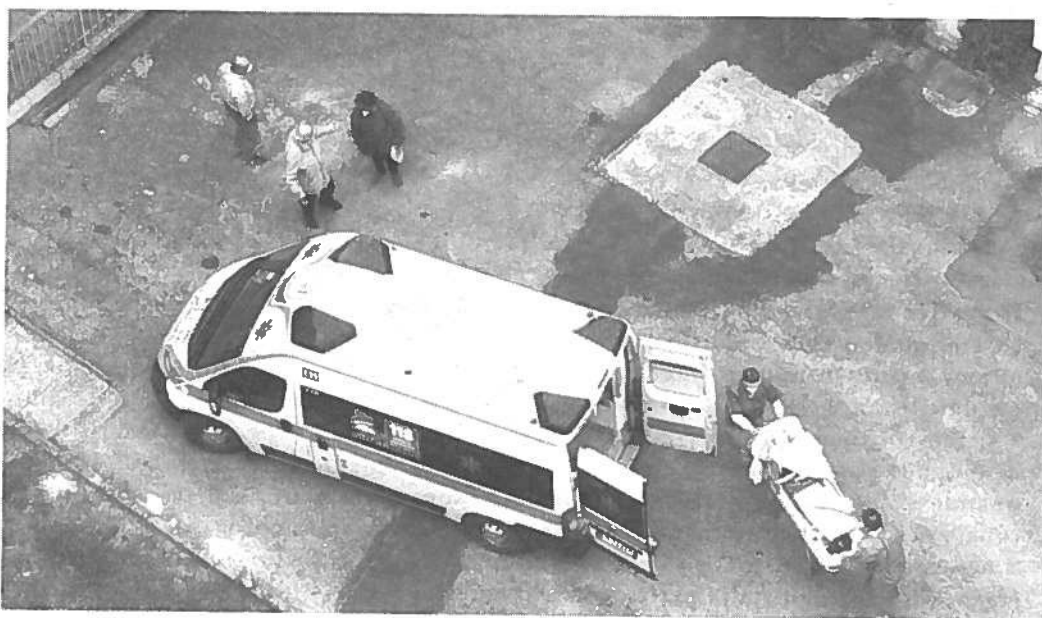


Fig. 1 Spesa Primaria in Sanità 2010-2018 (N.Indice 2000=100, valori a prezzi 2015)

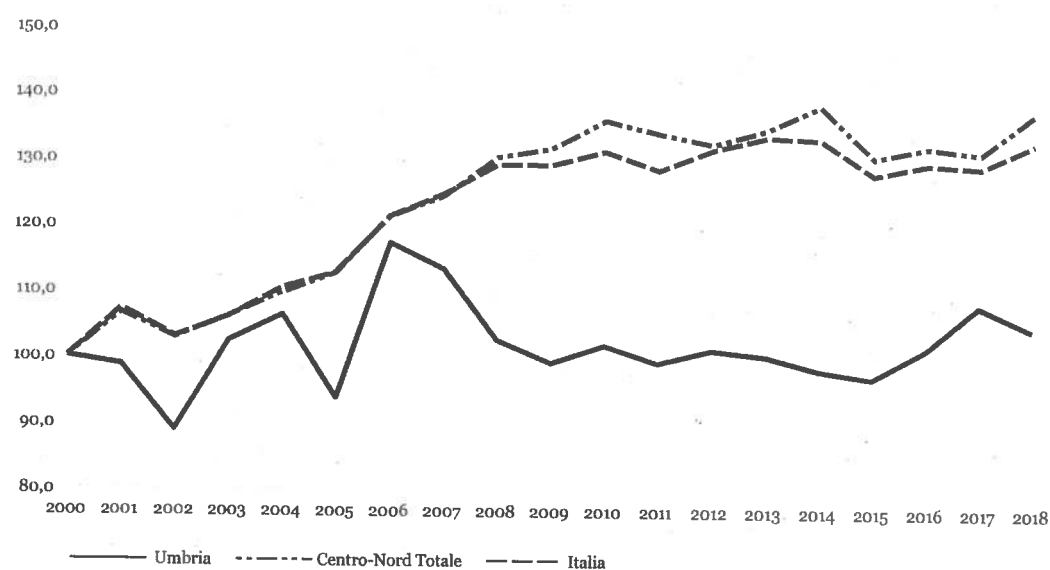
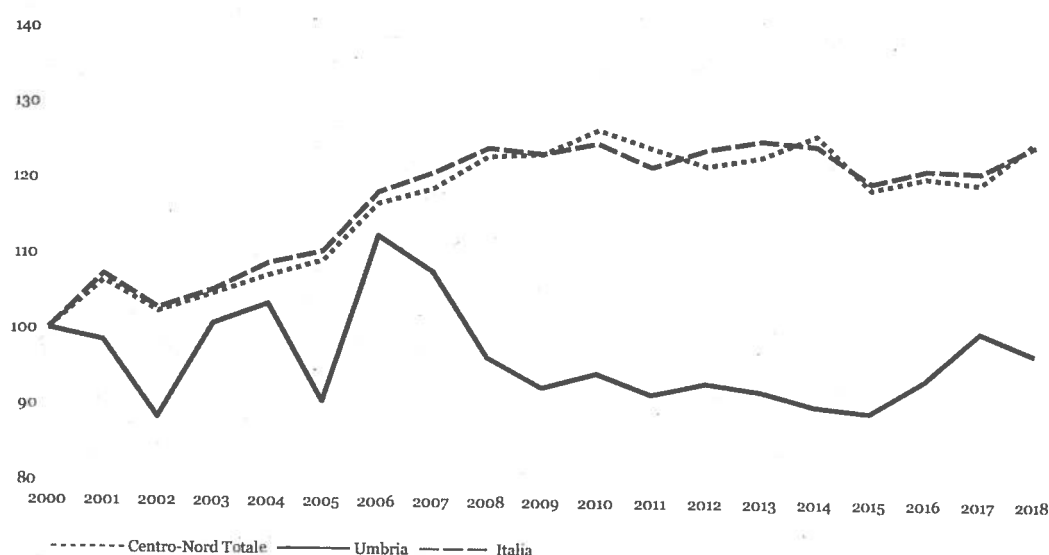


Fig. 2 Spesa sanità pro capite N. Indice (2000=100), valori a prezzi 2015



Verso la fine di ottobre, con la curva dei contagi che saliva rapidamente, si è sviluppata in Consiglio regionale, a suon di comunicati stampa, una durissima polemica tra opposizione e maggioranza: oggetto del contendere il mancato utilizzo da parte della Regione delle risorse messe a disposizione dal governo per interventi di potenziamento della rete ospedaliera a fronte dell'emergenza Covid-19.

Sui ritardi nell'attivazione di questi fondi, questione che evidentemente riguardava un po' tutte le regioni, interviene, nel corso di una conferenza, lo stesso commissario Arcuri, le cui argomentazioni (gravi ritardi delle regioni) sono subito riprese dall'opposizione umbra (Pd e 5 Stelle) ed altrettanto prontamente rintuzzate dalle forze di maggioranza consiliare (Lega, Forza Italia e Fratelli d'Italia), che giungono a chiedere le dimissioni immediate di Arcuri accusato di "mendacio". Al di là di questo bizzarro modo del procedere della dialettica politica regionale, dove ad una opposizione che fa osservazioni, muove critiche all'operato del governo regionale, non è mai quest'ultimo a rispondere (il governo regionale è costantemente silente assente), ma le truppe consiliari schierate sui banchi di Palazzo Cesaroni, se andiamo a vedere nel merito ci troviamo di fronte ad un ennesimo pasticcio, fatto apposta per ingenerare equivoci e fornire comodi alibi per operazioni di scaricabarile istituzionale, per cui alla fine tutti hanno ragione ma tutti torto e c'è sempre qualcuno nel mezzo che ci rimette, i cittadini. Ma andiamo per ordine.

Il decreto legge n.34 del 19 maggio (il cosiddetto Rilancio Italia, emanato a maggio quando il *mainstream* prevalente era che il peggio era passato), all'articolo 2 stanziava 1,413 miliardi di euro per il riordino della rete ospedaliera in emergenza Covid-19. Poiché lo Stato non si fida di come altre parti dello Stato, le regioni e le province autonome, spendono i soldi, per accedere a queste risorse si prevede

Il Piano della discordia

Tab.1 Umbria Previsioni posti terapia intensiva e semi intensiva per ospedale

Ospedali	Perugia	Terni	Città di Castello	Gubbio Gualdo	MVT	Foligno	Spoletto	Orvieto	Umbria
Posti intensiva attuale	21	19	6	6	0	8	4	5	69
Posti intensiva aggiuntivi	10	20	4	3	8	4	1	0	50
Posti riconvertibili in semi-intensiva	39	37	0	0	0	15	0	0	91
Posti da riconvertire semi-intensiva	14	7	14	0	0	15	6	6	62

che ciascuna delle suddette regioni e province presenti entro 30 giorni un piano al Ministero della salute che ha poi trenta giorni di tempo per approvarlo, quindi si passa all'attuazione che può essere seguita o dal Commissario straordinario (Arcuri) o, se richiesto, dal Presidente di regione o di provincia. E già da qui si capisce quale è la musica.

Attenzione queste risorse non potevano essere spese a piacimento, ma dovevano essere impiegate per portare ad almeno 3.500 la dotazione nazionale di posti di terapia intensiva, con un rapporto per ciascuna regione e provincia automa di 0,14 posti letto ogni 1.000 abitanti, ed una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva. Le altre due aree di intervento riguardavano al ristrutturazione dei Pronto Soccorso ed il potenziamento dei mezzi per il trasferimento dei pazienti. Tuttavia, sempre il decreto, prevedeva la possibilità, nelle more del completamento di tutta la procedura, di procedere ad alcuni interventi immediati, tipo la conversione del 50% di posti di semi-intensiva in intensiva, l'acquisto di autoambulanze con relativo personale o il rendere strut-

turale la separazione dei percorsi Covid e non Covid o "la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi". Insomma l'iter è quello dei piani e successivi passaggi ma se le Regioni vogliono possono comunque iniziare ad avviare interventi.

Ma non basta, successive linee di indirizzo redatte dal Ministero della salute (29/05) provvedono a stabilire il riparto delle risorse ed i posti letto da realizzare in ciascuna regione. Per l'Umbria è previsto un finanziamento di 24,18 milioni di euro con l'obiettivo di portare le terapie intensive da 70 a 127 (+57) e convertire in semi-intensiva 62 posti letto.

A questo punto entra in scena il piano regionale, che nel caso dell'Umbria, viste le indicazioni delle linee di indirizzo, non fa altro che redistribuire i posti da realizzare tra gli 8 presidi ospedalieri (Perugia, Terni, Città di Castello, Foligno, Spoleto, Gubbio-Gualdo e Media valle del Tevere), individuare i posti letto di semi-intensiva immediatamente trasformabili in intensiva, quelli di semi intensiva da ricavare

da ricavare da posti esistenti, nonché gli interventi da mettere in atto per adeguare i pronto soccorsi. Il quadro finanziario finale prevede che 10,30 milioni vengano spesi per le terapie, 15,4 milioni per l'adeguamento dei pronto soccorso e 200mila euro per l'acquisto di due ambulanze, il tutto per un totale di 25,9 milioni, precisando che l'eccedenza rispetto al finanziamento previsto (1,7 milioni) verrà coperta da donazioni (1,2 milioni) e da fondi propri. Se poi si va a leggere le singole schede progetto si scopre da un lato che, ed era inevitabile, si tratta per la gran parte di lavori edili e di impiantistica, la cui durata, e qui viene il bello, esclusa la progettazione e affidamento incarichi e lavori, va da un minimo di 4, per gli interventi più semplici, ad un massimo di 18 mesi (es 10 posti di intensiva a Terni). Insomma pronti per la prossima epidemia di Covid-23.

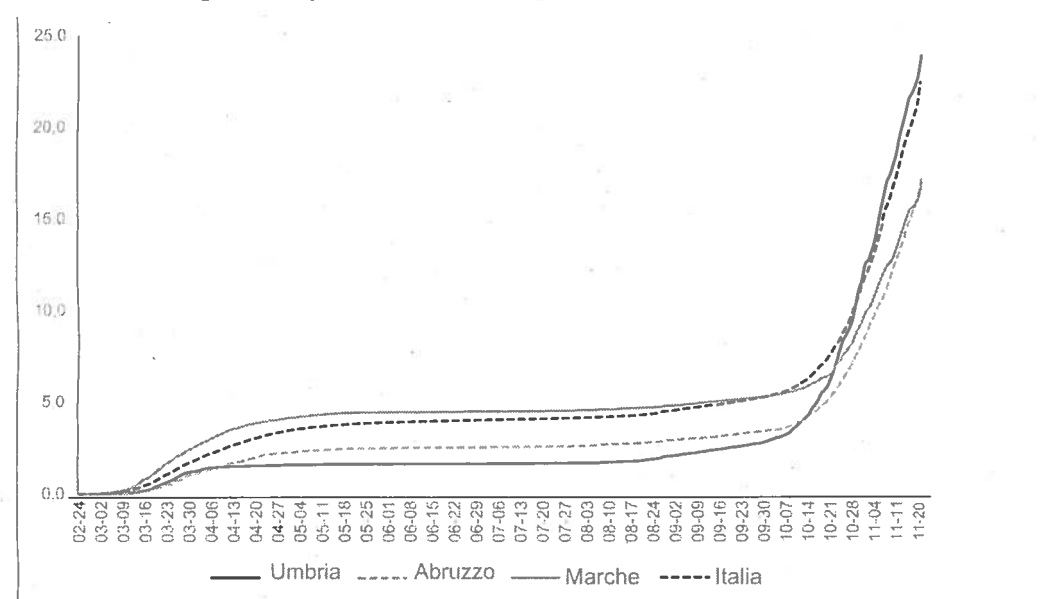
Il piano umbro, come quello delle altre regioni e province autonome, è stato inviato al ministero, che lo ha approvato passandolo al commissario Arcuri che il 2 ottobre ha bandito la procedura di gara di massima urgenza per realizzare gli interventi previsti dal piano umbro e da tutti gli altri piani regionali, in tutto 1.044 interventi per oltre 713 milioni di euro distribuiti in 457 ospedali; scadenza 12 ottobre. All'interno di questi bandi ci sono anche quelli che riguardano l'Umbria, considerato che la giunta regionale, come espressamente ribadito nella DGR. 1006 dello 02/11/2020, ha deciso di avvalersi della struttura commissariale per la realizzazione degli interventi individuati nel piano, precludendosi di fatto la possibilità di anticipare tutta una serie di interventi. Risultato finale a tutt'oggi nulla si è mosso e con l'epidemia che ha ripreso forza ci troviamo con una struttura ospedaliera pressapoco nelle stesse condizioni della prima fase, con le stesse dotazioni di posti letto, e soprattutto lo stesso personale, sempre più stanco e provato

I numeri umbri della pandemia

Di questa pandemia, almeno in termini numerici, abbiamo rischiato di sapere contemporaneamente troppo e troppo poco. Troppo, perché c'è stata una magniloquenza dell'offerta di cifre e grafici; troppo poco, perché i dati non erano sempre di agevole interpretazione e reperibilità, presentandosi in maniera non pienamente omogenea. Spesso, per accedere agli "open data" che danno origine a coloratissime grafiche televisive, è stato necessario tutto il talento di TeSEO. Detto questo, abbiamo estratto i dati dell'Umbria, dall'inizio della pandemia al 20 novembre 2020, affiancandoli a quelli di Marche e Abruzzo per avere un raffronto con due regioni contigue e per alcune caratteristiche assimilabili. Proprio con l'obiettivo di semplificare la decodifica dei numeri, abbiamo scelto, nella maggior parte dei casi, di riportare i valori osservati per ciascuna regione - contagiati, ospedalizzati - alla rispettiva popolazione residente. Abbiamo inoltre deciso, sempre per comodità di lettura, di dividere l'intero periodo pandemico in tre fasi, corrispondenti alla prima ondata (marzo-maggio), alla stasi del periodo estivo (giugno-agosto) e alla seconda ondata (settembre-novembre).

Il **primo grafico** ci mostra l'andamento dei casi positivi, intendendo la somma di positivi ospedalizzati e in isolamento, dimessi e deceduti, ogni 1.000 residenti. Nella prima fase (marzo-maggio) e nella seconda fase (giugno-agosto) l'Umbria registra valori inferiori rispetto sia alle due regioni prese a riferimento sia al dato medio nazionale. Lo scenario cambia radicalmente nella terza fase (settembre-novembre): dalla metà di ottobre la curva umbra mostra un'impennata che stacca, in misura rilevante, quelle delle altre due regioni. Al 20 novembre nelle Marche e in Abruzzo vi sono circa 17 positivi ogni mille residenti mentre in Umbria il valore si attesta a 24 (dato medio nazionale 22). Se nella prima ondata e nel periodo di stasi l'Umbria contava al massimo due contagiati per mille residenti ora raggiunge quota 24 (il numero dei positivi al 20 novembre 2020 è di quindici volte superiore a quello massimo registrato nella prima fase).

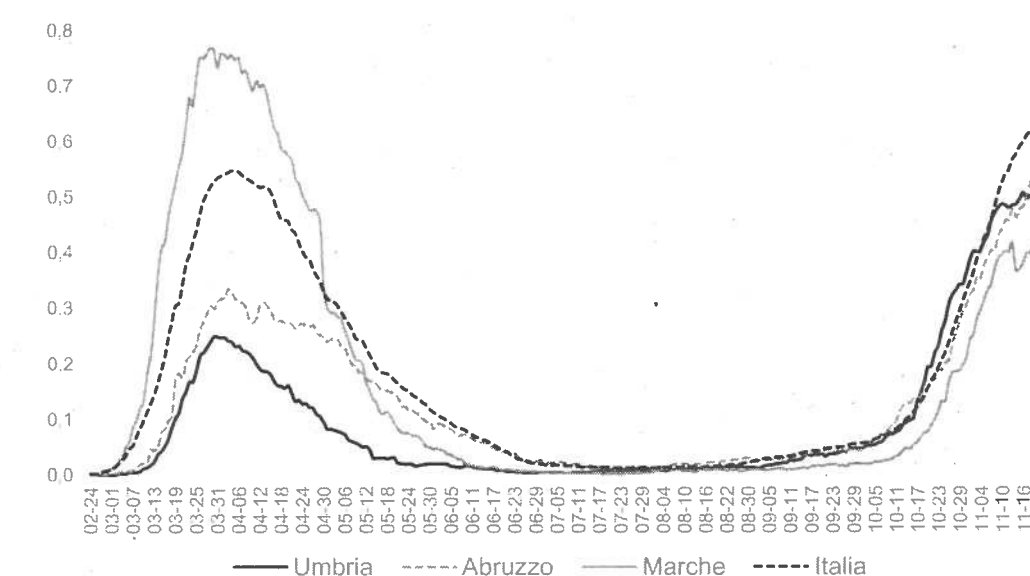
Grafico 1 - Casi positivi ogni 1.000 residenti (periodo di riferimento: 24/02 - 20/11)



Fonte: Open data Dipartimento della Protezione Civile

Il **grafico 2** (ospedalizzati ogni 1000 residenti) rappresenta l'andamento degli ospedalizzati per Covid-19 dell'Umbria. Nella prima fase e nella seconda si ha una minore incidenza degli ospedalizzati sulla popolazione rispetto alle altre regioni e al dato medio nazionale (da notare la curva delle Marche che sovrasta, nella prima ondata, tutte le altre). Nella terza fase (seconda ondata pandemica), in misura correlata all'andamento dei contagiati, si osserva un sensibile incremento dell'incidenza degli ospedalizzati tra gli umbri: l'indicatore per la nostra regione arriva a superare quello delle Marche (notevolmente ridotto) e per il mese di ottobre anche quello dell'Abruzzo e quello medio italiano. In valori assoluti si passa dai 220 ospedalizzati - valore massimo della prima fase - del 30 marzo ai 447 del 16 novembre (picco massimo, per il momento, della seconda ondata). All'interno degli ospedalizzati vanno poi considerati i ricoverati in terapia intensiva. Anche per questa categoria a novembre in Umbria il numero di persone in terapia intensiva ogni 100 ospedalizzati è superiore a 16 mentre il valore si attesta attorno a 13 nelle Marche e a 10 per Abruzzo e Italia.

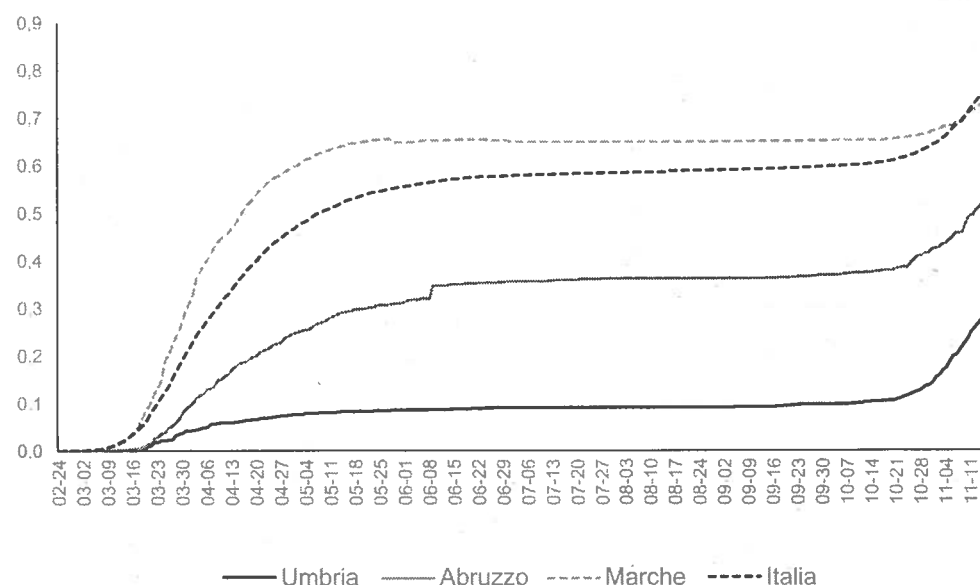
Grafico 2 - Ospedalizzati ogni 1.000 residenti (periodo di riferimento: 24/02 - 20/11)



Fonte: Open data Dipartimento della Protezione Civile

Il **grafico 3** riporta i decessi imputabili a Covid-19. Sebbene i dati riferibili ai deceduti (in particolare quelli delle Marche) evidenzino delle anomalie, il grafico indica come l'Umbria registri un numero di morti ogni mille abitanti costantemente inferiore a quello calcolato per le altre regioni e per la media nazionale (seppur con incrementi nella terza fase). Al 20 novembre i deceduti per Covid-19 sono in Umbria 314, in Abruzzo 739 e nelle Marche 1.161. Il totale nazionale ammonta a 48.569.

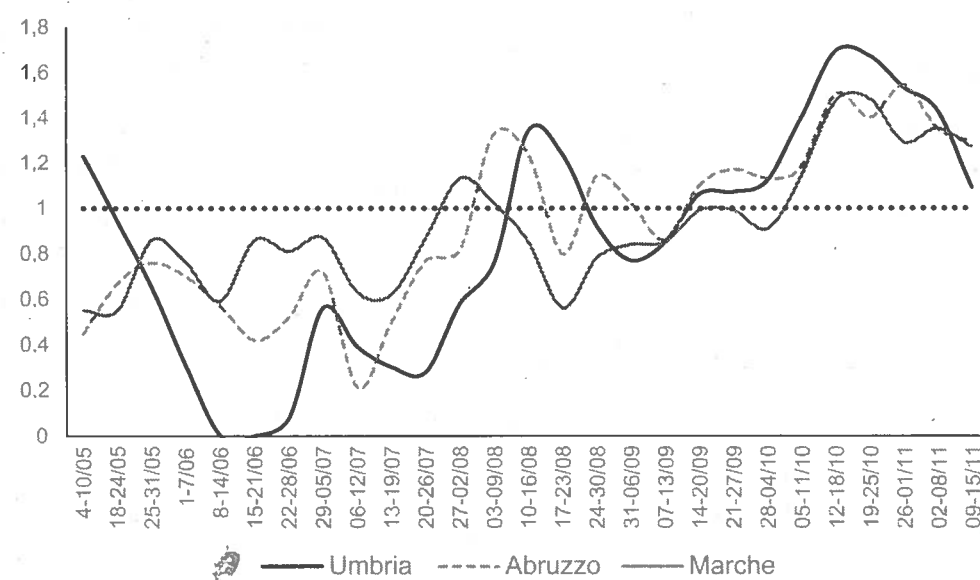
Grafico 3 - Deceduti ogni 1.000 residenti (periodo di riferimento: 24/02 - 20/11)



Fonte: Open data Dipartimento della Protezione Civile

Il **grafico 4** riferisce sull'andamento del famoso indice Rt (uno dei parametri base al quale viene calcolata la capacità di un'epidemia di espandersi e, nello specifico, misura il numero medio di persone che ciascun malato può contagiare in un dato istante dell'epidemia). Dalla seconda metà di maggio l'indice Rt umbro è sistematicamente inferiore ad 1, fino ad arrivare allo 0 per quasi tutto il mese di giugno. Pur tornando a crescere, resta costantemente sotto 1 fino al 10 agosto quando si registra un incremento episodico sopra la soglia di "allerta". Dopo il 10 agosto torna sotto l'uno per poi risalire dalla metà di settembre. Dal 5 di ottobre l'indice umbro è quasi sempre superiore a quello di Marche e Abruzzo (manca il dato dell'Italia perché riferito a periodi diversi).

Grafico 4 - Rt dalla settimana del 4-10 maggio al 9-15 novembre



Fonte - Monitoraggi Istituto Superiore di Sanità

Con la **tabella 1** entriamo dentro la specificità umbra misurando i casi positivi e i deceduti secondo le classi dimensionali dei comuni. Va anzitutto detto che la tabella non contempla i dati dei non residenti in Umbria (912 positivi e 14 deceduti) e che sono 35 i comuni (tutti con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti) a non dover registrare alcun decesso. Oltre ad indicare i casi positivi ogni 100 abitanti secondo le cinque classi dimensionali, la tabella riporta i dati relativi ai comuni della classe dove l'indicatore scelto assume valore minimo e massimo.

Tabella 1 - Positivi ogni 1000 abitanti e deceduti ogni 100 positivi nei comuni umbri per classe dimensionale (dati al 20 novembre 2020)

Classe dimensionale comuni umbri	Positivi ogni 1.000 abitanti	Positivi ogni 1.000 abitanti		Deceduti ogni 100 positivi
		min	max	
fino 2.500 ab	15,2	0,0 (Poggiodomo; Vallo di Nera)	31,5 (Giove)	2,5
da 2.500 a 7.500 ab	21,2	6,7 (Nocera Umbra)	36,7 (San Gemini)	1,5
da 7.500 a 20.000 ab	18,8	8,8 (San Giustino)	25,1 (Umbertide)	1,7
da 20.000 a 100.000 ab	23,1	16,2 (Città di Castello)	36,8 (Bastia Umbra)	1,5
sopra 100.000 ab	27,1	24,1 (Terni)	29,1 (Perugia)	1,2
Umbria	22,8	0,0 (Poggiodomo; Vallo di Nera)	36,8 (Bastia Umbra)	1,5

Fonte: Regione Umbria

La pandemia ri-esplode, la Giunta Regionale si dimena

A avete mai saputo di epidemie che durano 4-5 mesi? Andando a ritroso nel tempo, la risposta sarebbe No. Eppure in molti, a giugno avevano finto di credere che il Covid-19 se ne fosse andato come se niente fosse per farci andare tutti in vacanza. Ed ora, da regione poco 'incline' al virus, oggi la nostra è fra quelle messe peggio di fronte alla seconda ondata di contagi e le risposte affannosamente abboracciate dal governo regionale mostrano una sostanziale mancanza di un quadro di riferimento, un'assenza totale di programmazione. Non si sono potenziati gli organici e le dotazioni, si conta il fallimento del monitoraggio dei contagi e del sistema di tracciamento, mentre si abbandona a se stesso il decisivo avamposto costituito dai medici di base. La dura realtà è che il coronavirus è tornato (ma non se ne era mai andato) e la gente ora oscilla fra paura e rabbia. Ha ragione Andrea Raballo, professore associato di Psichiatria all'Università di Perugia, quando dice che questa pandemia andava affrontata come una maratona e non come una corsa sui 100 metri, e non minimizzando la possibilità di una seconda ondata. Questo è stato, nella sostanza, l'errore di fondo a cui sono incorse anche le autorità pubbliche dell'Umbria, soprattutto per opportunismo: non andare contro il clima del 'liberi tutti' estivo e della "dittatura sanitaria" cavalcato dalla destra e dall'industria delle vacanze. Va da se quindi, che nel frattempo, nulla, o quasi, è stato predisposto.

Ripercorrendo come la Giunta ha fatto fronte, fin dall'inizio alla pandemia, si può sinteticamente dire che, ereditando una medicina di base in grado, nonostante tutto, di reggere, si è limitata quasi esclusivamente a rimodulare la rete ospedaliera regionale, e - indotta dalla tragica esperienza della Lombardia - a ridurre al massimo il numero degli ospedali deputati al trattamento della infezione, in quanto potenziali luoghi di facile contagio: agli ospedali di Perugia e di Terni, rimasti 'misti', sono stati affiancati un ospedale Covid (a Pantalla) e tre "non Covid" (Branca, Spoleto ed Orvieto) dove dirottare i pazienti per le altre malattie. Successivamente e inespugnabilmente si è tornati a 6 o 7 ospedali "misti". Il tutto con le difficoltà proprie di una situazione oggettivamente resa complicata da un evento inaspettato, ma anche da una carenza di risorse e organizzativa già da tempo denunciata, *in primis* dagli operatori sanitari, ma che non sembrava fino ad allora fosse in cima alle preoccupazioni della nuova amministrazione regionale. Quando poi, la pandemia è ripartita, la Giunta ha risposto confusamente, in un clima di apprensione generale e di crescenti tensioni sociali, ampliati dalla mancanza di un sistema concordato e stabile di confronto - non è proprio nelle loro corde - con ospedali, sindaci e dirigenti scolastici umbri. Esempio plastico di questo solipsismo è la vicenda di Spoleto: dopo che i sindaci della destra si menavano fendenti sui giornali, impegnati esclusivamente ad evitare la presenza di pazienti Covid negli ospedali delle proprie città, la Giunta, già da giorni nel panico, ha deciso di chiudere, senza alcun confronto con le istituzioni cittadine, né preavviso per gli utenti, quasi tutti i reparti (perfino il Pronto soccorso) dell'Ospedale di Spoleto, quello che serve anche le aree terremotate della Valnerina, per trasformarlo in un *Covid Hospital*. A ciò è seguita la rivolta della città e dello stesso sindaco di destra, e conseguente parziale rettifica del provvedimento. Fibrillazioni simili, sebbe-

ne meno corrusche, si sono verificate anche per l'Ospedale di Pantalla, con l'irritazione di sindaci e popolazioni del Tuderte e del Marsicanese. Grandi perplessità e opposizioni ha determinato anche la decisione di trasformare la Rsa Seppilli (ex Grocco), in residenza Covid da 36 posti per i casi meno gravi mentre, diversamente dalla prima ondata, si aveva l'esplosione dei contagi in tutte le residenze per anziani (da Fontenuovo e dal Seppilli di Perugia, al Rossi e al Casorì di Assisi sino all'Opera Pia Castori di Foligno) superando i 200 positivi, tra ospiti ed operatori. Insomma non si è considerato che il rischio focolai sarebbe stato ancora più alto per la presenza, presso la Rsa Seppilli, di altre 9 strutture socio sanitarie, compresa la neuropsichiatria e la riabilitazione dell'età evolutiva oltre alla psicologia clinica. Questi i casi più evidenti, ma ve ne sono stati altri simili, raccontati dalla stampa locale, tutti comunque con il timbro di una politica che ha innervosito e frustrato operatori e comunità locali messi sempre di fronte al fatto compiuto. Il problema vero è che in questi mesi, nonostante le continue sollecitazioni anche dei sindacati, nulla o poco è stato fatto per il rafforzamento del personale (il concorso per l'assunzione di 300 infermieri pare si sia impantanato) che rappresenta una, se non la, emergenza principale. Manca personale infermieristico ma scarseggiano anche anestesisti e pneumologi, il 50% dei quali sono stati spostati dai loro reparti a quelli Covid. E a poco serve incrementare (o promettere di incrementare) i posti letto, con le terapie intensive che dovrebbero salire a 127. Grida vendetta, in proposito il "numero chiuso" a Medicina e l'inspiegabile e più che decennale blocco dei concorsi per le specializzazioni, nonché, più di recente, il fatto che negli ospedali umbri, molte delle ultime assunzioni, quasi tutte precarie, si sono volatilizzate alla ricerca di condizioni di lavoro più stabili. Anche la medicina di base ha continuato a non essere rinforzata, se non con gli Usca (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) cioè piccole squadre di medici e infermieri attrezzate per seguire i pazienti Covid a domicilio, ma solo perché imposte dal Decreto governativo 9 marzo 2020 che ne prevede una ogni 50mila abitanti. Ma ad oggi sono solo 12 delle 18 dovute, che comunque sono poche a fronte delle continue chiamate di aiuto e spesso, perché oberate, manco rispondono al telefono. Insomma, invece di una strategia coerente e pensata per tempo, abbiamo avuto scelte improvvisate e contraddittorie, e forse anche di peggio: attenzione alla delibera regionale del 4 novembre, passata senza colpo ferire, per cui parte delle ulteriori terapie intensive "umbre" troverebbero posto, a spese della Regione Umbria, a Civitanova Marche, nell'inutile e inutilizzato Ospedale fatto costruire da Bertolaso, appena ingaggiato dalla Tesei. E c'è ancora Bertolaso a sovrintendere anche lo scenografico allestimento dell'ospedale da campo davanti al nosocomio di Perugia (costerà 3 milioni di euro per 12 posti di terapia intensiva). Lo stesso sta avvenendo davanti all'Ospedale di Terni. Da più parti invece, si chiedeva di ricorrere a strutture vuote e inutilizzate da tempo, come la vecchia clinica di Porta Sole a Perugia -poi alla fine adottata come Rsa per pazienti Covid post-acuti - e a Terni il Centro di ricerca delle cellule staminali ("Ex Milizia"). Scelte queste probabilmente troppo semplici e poco costose, e soprattutto meno spettacolari. Peccato grave in tempi di populismo mass-mediatico.

Spesa sanitaria e distributori di snack e caffè



S secondo uno studio realizzato da Prometeia in collaborazione con il Servizio Controllo Strategico della Regione Umbria tra febbraio e fine maggio le regioni italiane hanno speso sul versante sanità, per far fronte all'emergenza Covid, 4,1 miliardi di euro pari al 3,4% della spesa sanitaria pubblica del 2018 (ultimo anno disponibile).

Nei primi quattro mesi di epidemia le regioni con livello di spesa più alto sono state Lombardia (896,2 milioni di euro) Emilia Romagna (736,2 milioni di euro), Piemonte (420,4 milioni di euro) e Veneto (368,3 milioni di euro), regioni nella prima fase più di altre interessate dal diffondersi dell'epidemia. Se si analizzano i dati di spesa rapportandoli all'ampiezza demografica delle singole realtà regionali emerge che a fronte di una spesa media nazionale per abitante di 68,3 euro, in Emilia e Romagna se ne sono spesi 164,7, in Friuli 126,6 mentre ampiamente sotto i 100 euro pro capite si pongono sia la Lombardia (88,8 euro) sia il Piemonte (96,70 euro). Se inoltre si analizzano questi dati in rapporto alla gravità della situazione epidemica (rapporto positivi al 31/05 ogni 10.000 abitanti), si evidenzia un comportamento assai diversificato tra le regioni con livelli di spesa non sempre correlati all'andamento dell'epidemia. Ad esempio nella già menzionata Emilia Romagna a fronte di un indice di gravità 62,21 si mobilitano risorse pari a 164,7 euro per abitante, mentre in Lombardia con un indice gravità 70,69 la spesa pro capite si ferma a 96,70 euro.

In questo contesto l'Umbria, con una spesa complessiva di 25,9 milioni di euro, presenta un valore pro capite di 29,5, decisamente al di sotto del 68,3 della media nazionale, di poco superiore al 27,6 del Lazio, che presentava un indice di gravità inferiore a quello umbro (12,60 a fronte del 16,23 dell'Umbria).

Andando avanti, sempre lo studio Prometeia riporta la composizione delle spese emergenziali per tipologia. A livello nazionale, si legge nello studio, la tipologia più rilevante è rappresentata dall'acquisto dei

DPI (dispositivi di protezione individuale) (37,7%) e poi a seguire dai costi aggiuntivi del personale (20,1%), dall'assistenza medica (19,3%) e dall'acquisto di apparecchiature medicali (8,5%). È infine presente una voce "spese non altrove classificate" che pesa per il 9,9% del totale. Questa voce in Umbria invece concentra ben il 75,1% della spesa totale (ovvero 19,5 milioni). Andando ad analizzare l'articolazione interna di questa voce generica si scopre che 4,3 milioni di euro sono relativi a spese per appalti non sanitari del tipo lavanderia, mense, ecc; 5,6 milioni in realtà non sono spese ma minori introiti, dei quali 4,5 milioni sono derivanti da riduzione di ricavi per ticket e prestazioni di ricovero di utenti paganti, 400 mila euro di riduzione della quota incassata dalle strutture pubbliche da prestazioni libero-professionali intra moenia, 800 mila euro da una non meglio precisata riduzione di ricavi dei servizi territoriali e ben 300 mila euro da minori incassi dei bar e dei distributori automatici collocati all'interno del sistema sanitario regionale. Seguono poi 3,6 milioni di euro riguardanti spese riguardanti l'acquisto di farmaci, presidi, materiale diagnostico, dispositivi, ecc esclusi dpi e dm, e 6 milioni di euro di incremento di spese per il personale.

In conclusione, tenendo presente questa articolazione interna, in realtà le risorse impegnate dall'Umbria sullo specifico fronte sanitario per far fronte all'emergenza Covid non sono 25,9 milioni ma, depurate delle spese non direttamente sanitarie e dalle voci di mancato ricavo, scendono drasticamente (si tratta di una stima prudenziale in eccesso) a 16,0 milioni di euro, il che fa precipitare la spesa sanitaria pro capite umbra a 18,2 euro, una delle più basse.

Sulla base di questi dati, al di là di aver imputato come spese per contrastare il Covid la riduzione dei ricavi delle macchinette per il caffè, affermare, come è stato fatto da alcuni organi di stampa locali, che i livelli di spesa umbra sono stati adeguati rispetto all'andamento della pandemia, suscita una qualche perplessità.

Il virus recluso

Le carceri italiane, pur non trovandosi più nelle condizioni di sovraffollamento che hanno motivato nel 2013 la sentenza della Corte europea dei Diritti Umani e le sanzioni del Consiglio d'Europa, sono ancora in affanno. Lo attesta il report del CPT (Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti e delle Punizioni Inumane o Degradanti) del 21 gennaio 2020, che oltre a puntare il dito sul sovraffollamento chiede all'Italia di rivedere il regime detentivo speciale 41-bis, di contrastare le forme di violenza sui detenuti, di abolire la misura d'isolamento diurno come sanzione penale accessoria per i reati che prevedono la pena dell'ergastolo.

Su 189 istituti di detenzione, più della metà (109) accolgono un numero superiore di detenuti rispetto alla capienza della struttura. In alcuni casi si tratta di uno scarto minimo, ma per 59 di essi le presenze superano la capienza di oltre il 25% (dati ricavati dalle tabelle del Ministero della Giustizia, aggiornati al 30 settembre 2020).

Che c'entra questo con l'emergenza sanitaria? Una mappa della diffusione del Covid redatta dall'associazione Antigone (associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale) prospetta situazioni preoccupanti, gravi o molto gravi in 12 carceri italiane disseminate sul territorio. Confrontando la mappa con la citata tabella del ministero si nota che le carceri di Alessandria, Genova, Terni, Campobasso e Napoli, oltre ad essere ai primi posti per numero di contagi, hanno anche una popolazione carceraria di molto eccedente la capienza regolamentare. È facile intuire una correlazione tra il sovraffollamento e l'impossibilità di distanziamento sociale, che genera un maggior rischio di estensione del contagio, ma l'eccesso di presenze incide anche sulla gestione dei soggetti positivi. Prendiamo come esempio la situazione della Casa Circondariale di Terni, che a metà novembre risulta essere il più esteso focolaio nelle carceri italiane con 74 detenuti positivi, tre dei quali ospedalizzati, uno in terapia intensiva. Gli asintomatici o paucisintomatici sono sistemati in due sezioni attrezzate per garantire l'isolamento dal resto della popolazione carceraria ma - afferma Stefano Anastasia, garante per i diritti dei detenuti di Umbria e Lazio - "la richiesta fatta dall'Azienda Sanitaria, e da me sostenuta, di attrezzare una sezione di transito per coloro che progressivamente si negativizzano, per permet-

terne il rientro nelle sezioni solo dopo l'esito del secondo tampone negativo, non ha finora trovato risposta per l'impossibilità di reperire i locali". Nel carcere di vocabolo Sabbione infatti ci sono cento detenuti in più rispetto alla capienza, che sarebbe di 409.

Se la prima ondata della pandemia aveva fatto registrare numeri più contenuti anche in ragione della diversa geografia del contagio sul territorio nazionale, con la seconda ondata la situazione è peggiorata un po' ovunque: a fine ottobre i detenuti contagiati erano 145 e gli operatori 199 (dati Uilpa, sindacato di Polizia Penitenziaria), il 10 novembre il numero di detenuti colpiti dal virus era salito a 285 e si registravano due decessi, uno nel carcere di Alessandria e uno in quello di Livorno. Una settimana dopo, tra detenuti e operatori, i positivi erano 1700, ripartiti pressoché equamente, e le carceri interessate una settantina.

Sono numeri che fanno prevedere un rapido peggioramento se non saranno presi con urgenza provvedimenti per ridurre la popolazione detenuta, esposta quotidianamente al contatto con il personale di sorveglianza, con gli avvocati, con il personale educativo e con i sanitari, cioè con chi ogni giorno entra ed esce dal carcere. Nelle carceri umbre gli operatori sono stati sottoposti a screening, ma ciò ha un valore temporaneo e l'entrata del personale resta il maggior veicolo di innesco del contagio, essendo gli incontri tra i reclusi e i loro congiunti ovunque sospesi o privati del contatto fisico per mezzo delle barriere di plexiglass.

Torna, come nei mesi da marzo a giugno, lo stop delle attività che segnano importanti momenti della vita carceraria: percorsi di istruzione, corsi di formazione professionale, laboratori di arricchimento culturale, attività sportive e in generale interventi di volontariato.

Davvero poco comprensibili le misure riguardanti i percorsi di formazione perché il DPCM del 3 novembre garantisce l'attività scolastica in presenza per i primi cicli di istruzione (tali sono i percorsi di alfabetizzazione e di conseguimento della licenza in carcere), mentre la chiusura nazionale degli istituti superiori, derivando dalla necessità di evitare assembramenti all'atto degli spostamenti, per i detenuti è priva di senso, poiché tutti sono già sul posto. L'ingresso degli insegnanti sarebbe poi poca cosa rispetto al flusso quotidiano di persone che entrano in carcere dal mondo di fuori.

Resta il problema della mancata attuazione di una seria politica di alleggerimento della presenza dei detenuti in carcere, che richiederebbe la limitazione di arresti e misure cautelari non strettamente necessari, la concessione di licenze straordinarie ai semiliberi, ai lavoratori all'esterno e a coloro che già usufruiscono abitualmente di permessi-premio, la sburocratizzazione della detenzione domiciliare per i detenuti a fine pena. Misure già richieste durante la prima ondata della pandemia e solo in minima parte attuate, oggi più che mai urgenti data la gravità della situazione.

Al momento della chiusura di questo intervento, si segnalano casi di positività tra i detenuti del penale maschile nella Casa Circondariale di Perugia-Capanne, ma poiché i numeri sono in continua variazione, quanto detto è solo indicativo delle problematiche aperte dal Covid nelle carceri.

Il Covid tra gli anziani

La situazione delle Rsa umbre in questa seconda ondata pandemica può definirsi senza esagerazioni drammatica. Il 17 novembre, in un'audizione nella IV commissione consiliare del comune di Perugia, il direttore generale alla Sanità e al Welfare, Claudio Dario, ha parlato di 300 contagiati su 900 ospiti complessivi: uno su tre. I dati aggiornati a sabato 21 novembre riportano 349 positivi e 39 decessi; se agli attuali positivi aggiungiamo altri 127 positivi poi guariti, i casi totali di positività salgono a 515 su di un totale di 1.483 persone ospitate nelle 65 strutture monitorate. Un triste scenario, simile a quello che ha segnato la prima ondata pandemica in Lombardia. Del resto, i vertici della sanità umbra hanno deciso di seguire il modello lombardo anche nell'utilizzo delle Rsa come strutture Covid, nonostante questa soluzione sia stata addirittura oggetto, in Lombardia, di indagini da parte della magistratura.

Nel caso dell'Umbria, alle criticità già emerse in Lombardia se ne sommano altre, dovute a una scarsa conoscenza dei servizi territoriali. È chiaro infatti che i nuovi vertici della Sanità umbra, tutti provenienti da fuori regione, non conoscono la macchina che sono stati chiamati in fretta a guidare.

La conversione a struttura Covid della Rsa Casa dell'Amicizia Seppilli" rappresenta un esempio particolarmente significativo dell'assenza di una visione di insieme delle risorse e delle necessità del territorio. Situata al terzo piano di un grande Centro Servizi della ASL1, il Grocco, la Rsa Seppilli condivide i propri spazi con altre nove strutture socio-sanitarie: fra queste sono comprese una residenza protetta, nella quale risiedono stabilmente persone

non autosufficienti, la neuropsichiatria e la limitazione dell'età evolutiva e la neuropsich e psicologia clinica dell'età evolutiva, per tenza complessiva che supera ampiamente tremila persone (solo 2.500 sono i bambini e i ragazzi seguiti dalle due neuropsichiatrie fantili). Parliamo di servizi destinati a persone fragili, che a causa della pandemia hanno subito notevoli disagi e forti limitazioni. volte è stato chiesto all'assessore regionale sanità Coletto e al direttore generale Dario fossero state valutate soluzioni alternative ma di "compromettere" il Grocco, ma a domanda non è mai stata data una risposta contraria, Dario ha ribadito in diverse occasioni che proprio la presenza di un focolaio di residenza protetta avrebbe spinto a convertire la Rsa in struttura Covid. Una motivazione i familiari degli utenti ritengono incomprensibile: come si può scegliere un luogo già contaminato per allestire e gestire uno spazio che richiede invece il massimo livello di sicurezza. Il neo direttore della Asl Umbria 1, D'Annunzio, assicura rischio zero". Ma come avere questa certezza, con 24 pazienti covid positivi, sono attualmente i degenti, in una struttura nella quale il virus aveva già colpito tutti gli operatori, provocando addirittura due morti tra i pazienti?

In più occasioni le opposizioni sia in consiglio sia in regione, hanno chiesto che siano in considerazione edifici sanitari di recente smessi, come la ex Clinica di Porta Sole o l'area di via del Giochetto, che potrebbero essere riallestiti in tempi brevi, ad ora però nessuna delle proposte sembra essere presa in considerazione da un establishment che appare alle sollecitazioni quanto estraneo al contesto.



Intervista a Tommaso Bori, capogruppo Pd in Consiglio regionale

Cosa pensa l'opposizione

La risoluzione votata congiuntamente il 10 novembre impegna Giunta e Consiglio regionale ad un "lavoro comune contro un nemico comune". Non le pare questa risoluzione una sorta di indulgenza plenaria rispetto ai non lievi peccati del duo Tesei-Coletto?

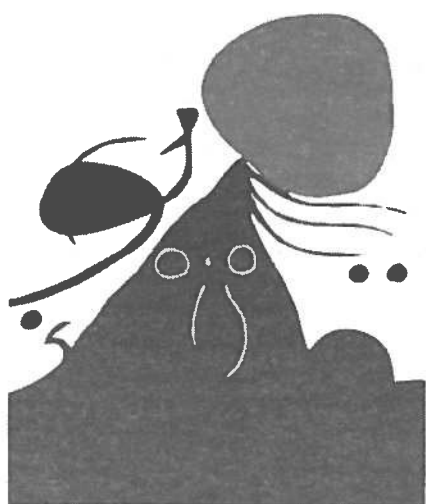
Ci sarà il tempo per valutare le responsabilità e, in caso, le colpe di tutte le cose che non hanno funzionato in Umbria. E non sono poche le cose. Fin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, abbiamo espresso pubblicamente la disponibilità a collaborare con il Governo regionale per il bene delle nostre comunità. Lo abbiamo fatto per senso di responsabilità e delle istituzioni, nonostante la diversità di valori, ideali e posizioni. Dopo nove mesi la Giunta Regionale ha accettato finalmente

il confronto e ha aperto un tavolo di discussione nel quale abbiamo presentato ufficialmente le nostre proposte pensate, con concretezza, per recuperare il tempo perduto e correggere i tanti errori commessi. Ci aspettiamo e data la drammaticità della situazione sanitaria e considerate le ripercussioni economiche e sociali emergenti, la Presidente Tesei corre la rotta. Se non lo farà non sarà tanto un'occasione mancata per l'opposizione, ma per il danno dei cittadini umbri.

A futura memoria, ci può indicare sommarariamente i peccati capitali del duo sotto menzionato - non suscettibili di perdono - in merito alla vicenda Covid-19 che meritano comunque la sospensione dell'efficacia dell'indulgenza?

Dopo la Sconfitta: che fare

Contributi per una riflessione a sinistra



a cura di
Franco Calisti e Renato Covino



Gli interventi a sostegno del lavoro e del reddito

Per i lavoratori dipendenti costretti a restare a casa è scattata la protezione degli ammortizzatori sociali, a partire dalla cassa integrazione, gestione ordinaria e straordinaria, cui si aggiunge la cassa integrazione in deroga, che interviene a sostegno di lavoratori (compresi interinali e a domicilio) di imprese che non possono ricorrere agli strumenti ordinari perché esclusi all'origine da questa tutela o perché hanno esaurito il periodo di fruizione delle tutele ordinarie, e gli interventi dei Fondi di solidarietà, che interessano gli occupati in imprese con mediamente più di cinque dipendenti, che non rientrano nel campo di applicazione della cassa integrazione guadagni e che appartengono a settori nell'ambito dei quali sono stati stipulati accordi per l'attivazione di un Fondo di solidarietà bilaterale o di un Fondo di solidarietà bilaterale alternativo. In Umbria nei primi 9 mesi del 2020 le ore di integrazione salariale complessivamente erogate ammontano a poco meno di 42 milioni di ore, per avere un termine di paragone nello stesso periodo nell'anno precedente le ore erano state poco più di 4 milioni. Calcolando un ricorso medio alla Cig (50% del tempo lavorabile globale per 20 settimane) si può stimare che risultino coinvolti nella varie forme di integrazione salariale da gennaio a settembre 2020 circa 55.000 lavoratori. Se si considerano le ore totali di Cassa integrazione, equivalenti a zero ore, sempre per il periodo gennaio settembre (40 settimane e 191 giorni lavorativi), si ha un'assenza totale dal lavoro per circa 27.000 lavoratori, dei quali 13 mila in Cigo, 788 in Cigs, 6.038 in Cigd e 7 mila coperti dall'intervento dei Fondi di solidarietà.

Tab.1 Umbria Ore di cassa integrazione per tipologia erogate tra gennaio e settembre 2019 e 2020

Tipologia	Gennaio-Settembre			
	2019		2020	
	N. ore	Posizioni di lavoro equivalenti a 0 ore	N. ore	Posizioni di lavoro equivalenti a 0 ore
Gig Ordinaria	1.639.519	1.071	20.237.240	13.250
Gig. Straordinaria	2.282.860	1.492	1.206.139	788
Cig in deroga	181.726	119	9.238.596	6.038
Fondi di solidarietà	81.440	53	11.133.449	7.276
Totale	4.185.545	2.735	41.815.424	27.352

Per l'altra parte del mondo del lavoro, per i lavoratori autonomi e stagionali, il Decreto cosiddetto Cura Italia (17 marzo 2020) ed il Decreto Rilancio (19 maggio 2020) hanno previsto l'introduzione di una indennità di 600 euro per i mesi di marzo ed aprile, poi di 1.000 euro per il mese di maggio a favore di lavoratori autonomi, liberi professionisti, stagionali del settore turismo, lavoratori dello spettacolo, lavoratori a domicilio ed intermittenti, che a causa dell'emergenza sanitaria avevano subito una comprovata riduzione di reddito.

Tab.2 Italia ed Umbria Numero domande accolte indennità 600 € per categoria al 30 giugno 2020

	Umbria		Italia	
Art.27 Professionisti e collaboratori	6.859	10,92	400.902	9,87
Art.28 Autonomi	48.247	76,82	2.863.396	70,51
Art.29 Stagionali turismo	875	1,39	211.190	5,20
Articolo 30 Agricoli	6.412	10,21	533.399	13,13
Articolo 38 Spettacolo	415	0,66	32.054	0,79
Totale	62.808	100,00	4.060.941	100,00

Secondo dati diffusi dall'Inps, soggetto delegato all'erogazione del contributo, a fine giugno al livello nazionale erano pervenute, 4.896.349 domande, delle quali accolte 4.060.941, relative ai soli due mesi di marzo ed aprile. In Umbria le domande accolte sono state 62.808 (1,5% del totale nazionale), così suddivise: 48.247 lavoratori autonomi gestioni speciali Inps (76,8% del totale delle domande), 6.859 partite Iva e lavoratori co.co.co (10,9%), 6.412 lavoratori stagionali in agricoltura (10,2%), 875 stagionali del turismo (1,4%) e 415 (0,7%) lavoratori dello spettacolo. Per avere un'approssimazione del livello di copertura, per la categoria più numerosa al 2018 (ultimo dato disponibile) in Umbria gli iscritti alle gestioni speciali ammontavano a 67.743 (27.196 artigiani, 32.637 commercianti e 7.910 dell'agricoltura), le domande presentate da lavoratori iscritti a questa categoria sono state 48.247, il che sta a significare che la misura presenta un livello di copertura attorno al 71 per cento. Più complesso stimare l'impatto della misura sul resto delle categorie interessate. Secondo elaborazioni fornite dalla stessa Inps nel caso di partite Iva e co.co.co la copertura umbra si colloca in un range tra 71,0% ed il 65,0%, mentre gli stagionali del turismo e dell'agricoltura si scende a percentuali tra il 55,0% ed il 41,0%.

Tab.3 Umbria Reddito e pensione di cittadinanza concessi al 30 settembre 2019 e 2020

	2019			2020		
	Reddito C.	Pensione C.	Totale	Reddito C.	Pensione C.	Totale
N. Nuclei	10.119	1.682	11.801	12.755	1.732	14.487
Persone Coinvolte	24.519	1.895	26.414	29.823	1.948	31.771
Importo Medio	491,22	233,70	453,48	525,28	241,89	488,66

Infine tra gli strumenti di sostegno al reddito vanno considerati il reddito e la pensione di cittadinanza, istituiti nel gennaio del 2019 come misure di politica attiva e contrasto alla povertà, che in periodi di Covid hanno registrato un notevole incremento. Nei primi 9 mesi dell'anno in Umbria i nuclei familiari beneficiari di reddito e pensione di cittadinanza sono stati 14.487 pari ad un numero complessivo di soggetti coinvolti di 31.771 unità. L'importo medio dell'assegno erogato è stato di 488 euro.

La maggioranza ha avuto sette mesi di tregua per implementare i posti di terapia intensiva, assumere gli operatori sanitari e adeguarsi al piano per il potenziamento della rete ospedaliera, ma ha perso tempo correndo dietro agli ospedali da campo e provando a scaricare le sue responsabilità sul Governo nazionale. Oggi il personale è sotto organico e sotto stress, le strutture sanitarie sono al collasso, non vi sono più posti letto, quando la Regione avrebbe potuto realizzare i piani di adeguamento della rete ospedaliera utilizzando sin da subito i 25 milioni messi a disposizione dal Governo. Si pensa addirittura si traslocare i malati e il personale medico nelle Marche, senza tenere conto di strutture pronte ad essere utilizzate e riconvertite come l'Ex Milizia di Terni o l'Ex Presidio ospedaliero di via del Giochetto a Perugia. Oggi si corre ai ripari anche sul fronte del personale, quando già a maggio scorso potevano essere stati banditi nuovi concorsi così come è stato fatto in altre regioni. Ma, da medico, credo che l'errore più grave sia stato l'aver interrotto per molte settimane il tracciamento dei positivi e l'isolamento dei contatti.

Il punto di vista dei lavoratori

Con la nuova ondata di Covid una pressione senza precedenti si sta scaricando sul sistema sanitario regionale che rischia di crollare; ancora una volta in prima linea c'è il personale della sanità pubblica. Per capire come i lavoratori della sanità stanno vivendo questa critica e difficile situazione, che tipo di problemi si trovano ad affrontare e con quale strumentazione, cosa si è fatto o non si è fatto e si poteva fare per migliorare ed adeguare i livelli di risposta e come attrezzarsi per il futuro, ne abbiamo parlato con Tatiana Cazzaniga, segretaria provinciale della Funzione pubblica Cgil, che segue il comparto Sanità.

Innanzitutto partiamo dai lavoratori. Affrontare la prima ondata Covid-19 non è stato certo una passeggiata, ora questa seconda ondata di piena rischia di mettere seriamente in discussione la tenuta del sistema sanitario regionale. Come vivono questa situazione, come stanno reagendo, quali sentimenti li attraversano?

Le lavoratrici e i lavoratori della Sanità sono attraversati da sentimenti forti e contrastanti, la rabbia perché nonostante fosse certo l'arrivo di una seconda ondata pandemica le istituzioni regionali non hanno fatto nulla né in termini di assunzioni né nell'organizzazione dei servizi per garantire percorsi separati, rafforzamento del territorio, approvvigionamento dei DPI. La sensazione di abbandono che provano sfocia in momenti di forte disagio e scoramento se si tiene conto che devono affrontare con le loro forze dolore e lutti in una misura inimmaginabile. Inoltre la negazione della situazione da parte della Regione rischia di sviluppare sentimenti corporativi con il rischio di dividere il fronte.

La Presidente Tesei dichiara che la situazione è sotto controllo e tutto quello che si doveva fare è stato fatto. L'impressione, viste le decisioni che vengono prese, è che si navighi molto a vista e soprattutto che durante il periodo estivo di relativa quiete nulla è stato fatto, così che oggi si affronta questa nuova ondata pressapoco nelle stesse condizioni di marzo. Cosa non si è fatto e cosa si poteva fare?

Non sono state previste assunzioni adeguate, il primo concorso per infermieri è stato bandito nel mese di ottobre e la graduatoria vedrà la luce solo a primavera inoltrata, le nostre richieste di modalità diverse più snelle di reclutamento del personale che è carente in tutte le professioni sanitarie e tecniche, sono ad oggi ancora senza so-

Questa risoluzione, al di là del valore istituzionale, è utile alla Tesei per uscire dall'angolo in cui si è cacciata per via di alcune vicende politiche "avverse" e per la fragilità dei governi locali a trazione leghista. Finita l'emergenza, non c'è il rischio di trasformare questo "lavoro comune" in una fase consociativa?

Io sono per la mediazione, non al ribasso, e ferocemente contro ogni compromesso. Avere senso di responsabilità non significa cedere alle logiche consociative. Il nostro è un contributo di idee e proposte che ci sentiamo di dare in questo momento straordinario della storia dell'Umbria. Lo abbiamo fatto e continueremo a farlo senza chiedere nulla in cambio e senza rinunciare al ruolo di opposizione che non fa sconti e di critica severa. Le evidenti difficoltà della Giunta Tesei, unite al fallimento delle amministrazioni comunali a trazione leghista sono sotto gli occhi di tutti. Da Montefalco, a Terni, da Umbertide a Nocera i cittadini si stanno accorgendo dell'incapacità e dell'arroganza di una classe dirigente prepotente e impreparata, specializzata solo a produrre buchi di bilancio e a fare buchi nell'acqua.

luzione. È mancata l'organizzazione di percorsi separati e l'individuazione di strutture dedicate, la scelta della RSA Seppilli quale RSA Covid è l'esempio lampante di una situazione fuori controllo, alla quale si aggiunge la scelta di portare nelle Marche i pazienti COVID.

Ed in termini di personale, ci sono e di che tipo carenze e come si è pensato o si pensa di far fronte?

La nostra proposta per il reperimento di personale è quello di proporre contratti più allentanti anche se a tempo determinato, di 36 mesi, prevedendo la selezione a tempo indeterminato durante il servizio per arginare l'uscita dalla regione dei tanti professionisti ai quali le altre Regioni stanno proponendo contratti a tempo indeterminato o più lunghi dei sei mesi o dell'anno che propone l'Umbria. Queste uscite dalla Regione rischiano di minare il futuro della Sanità in Umbria, si formano professionisti che non garantiranno il servizio.

Come organizzazioni sindacali siete riusciti ad aprire un tavolo di confronto con il governo regionale e come si sta sviluppando il confronto?

Abbiamo aperto un tavolo di confronto e sottoscritto un verbale con la Presidente Tesei, purtroppo ad oggi resta ancora disatteso poiché si scontra con il muro di gomma di una tecnocrazia che respinge le nostre proposte nonostante le stesse sono già utilizzate in altre realtà regionali. Le Confederazioni regionali hanno scritto alla Presidente denunciando la situazione e chiedendo il suo intervento. Noi proseguiremo la nostra mobilitazione regionale davanti agli Ospedali sino a quando non verranno individuate soluzioni condivise per assunzioni e sicurezza dei lavoratori e dei pazienti.

Guardando al futuro, anche in Umbria arriveranno risorse non indifferenti (nazionali e comunitarie) da investire in sanità. Come Cgil quali pensate siano le priorità, dove e come investire? E su queste priorità avete aperto un confronto con il governo regionale?

Riteniamo che le risorse debbano essere spese tutte per rafforzare la Sanità pubblica a partire da quella territoriale, smantellata in questi ultimi 20 anni, solo negli ultimi dieci anni sono stati operati tagli per 37 miliardi, partendo da un modello di integrazione socio sanitaria che deve coinvolgere tutti gli attori in campo quali comuni e scuola.

Il trasporto pubblico non regge alla prova dei fatti Parole e cifre in libertà

Dal sito di Busitalia, la principale azienda che eroga in Umbria il trasporto pubblico su gomma, leggiamo che dalla data del 3 novembre scorso, a partire dalla quale è stata imposta dalla Presidente Tesei la didattica a distanza agli studenti delle scuole medie e superiori, il servizio è stato così rimodulato: nel bacino di Perugia risultano sopresse 11 corse extraurbane e 63 urbane; in quello di Spoleto-Foligno, 35 extraurbane e 12 urbane, queste ultime relative agli abitati di Foligno, Spoleto, Spello e Trevi. Sta tutto qui il paradosso del tpl, chiamato, nonostante i finanziamenti pubblici, ad operare in un regime di domanda/offerta e, quindi, sottoposto alle regole del mercato, ma strutturalmente incapace di sostenere una domanda elevata.

Come avrebbe potuto un sistema in crisi cronica a livello nazionale - a cui devono aggiungersi le note criticità proprie della regione - reggere all'impatto della ripresa della attività autunnali (scuola e lavoro) dovendo assicurare, al contempo, inediti standard di sicurezza? E infatti non ha retto.

E tuttavia la insopportabile propaganda, che non smette di accompagnarci in questa complicatissima e drammatica fase, ha continuato ad operare sino all'ultimo. Il 12 ottobre, infatti, l'assessore competente, il "guascone" Melasecche, già sotto il tiro incrociato di sindaci, dirigenti scolastici e cittadini, affidava ad una nota ufficiale la lode delle "magnifiche sorti e progressive" del tpl umbro affermando che "rispetto ai 612 autobus che in Umbria sono normalmente messi a disposizione dalle Aziende di trasporto pubblico, l'affiancamento degli altri 101 mezzi aggiuntivi, in gran parte delle piccole imprese private locali normalmente adibiti al trasporto turistico, hanno consentito il regolare collegamento con i vari edifici scolastici relativi alle scuole medie superiori dislocati in tutto il territorio regionale, trasportando oltre 20.000 studenti". Nessun problema, quindi. Peccato che solo dopo un paio di settimane la sua Presidente firmava l'ordinanza con cui imponeva agli ado-

lescenti di restare a casa. Un provvedimento, ad onor del vero, nel quale non si fa alcun riferimento al contributo del tpl nella diffusione del contagio, ma che - di fatto - lo ha liberato in un colpo solo da una pressione ormai insostenibile. Ma veniamo nel dettaglio alle pesanti criticità di un sistema sempre sull'orlo del collasso.

Il Fondo trasporti ovvero il Fondo nazionale per il concorso finanziario dello Stato agli oneri del tpl, anche ferroviario, ha una dotazione annuale di circa 4,875 miliardi. Il riparto tra le Regioni a statuto ordinario, con Decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti (Mit), di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze (Mef), assegna annualmente all'Umbria circa 98 milioni di euro. Il fabbisogno dei servizi di tpl della regione risulta, come per tutte le altre, superiore all'ammontare dei fondi trasferiti dallo Stato: ne consegue un deficit strutturale annuale di circa 15 milioni di euro. La Regione deve, pertanto, integrare con risorse proprie gli stanziamenti di bilancio per il tpl, in particolare ai servizi su gomma. Negli ultimi due anni il finanziamento integrativo con risorse regionali risulta pari nel 2019 a 7.333.338,68 euro (Bilancio gestionale assestato 2019), nel 2020 a 17.864.650,64 euro (Bilancio di previsione iniziale, marzo 2020).

In questo quadro consolidato si inseriscono le risorse aggiuntive legate alla pandemia. I minori ricavi delle aziende, a seguito del lockdown del primo semestre del 2020, sono stati stimati, a livello nazionale, da Asstra (Associazione trasporti) pari a circa 1,7 miliardi. Con l'articolo 200, comma 1 del Dl 34 del 19 maggio 2020 (decreto rilancio) convertito con modificazioni nella legge 77/2020, è stato istituito un Fondo di 500 milioni di euro per l'anno 2020 a compensazione dei minori ricavi tariffari delle aziende di tp locale e regionale, nel periodo 23 febbraio-31 dicembre 2020, rispetto alla media registrata nel medesimo periodo del biennio precedente. In assenza dei dati relativi ai ricavi da traffico del 2019, che saranno disponibili solo dopo che le imprese avranno approvato i propri bilanci, al fine di procedere comunque con urgenza, con Decreto ministeriale dell'11 agosto 2020 le risorse sono state ripartite tra le Regioni tenendo conto dei ricavi di traffico risultanti nella banca dati dell'Osservatorio sulle politiche del Tpl relativi al 2018. Il riparto è stato effettuato stimando prudenzialmente minori ricavi per il periodo febbraio-dicembre 2020 del 55% rispetto ai dati certificati disponibili del 2018. A titolo di prima anticipazione, su un totale di 400 milioni di euro, sono stati assegnati alla Regione Umbria 4.441.353 euro da destinare e ripartire alle imprese esercenti (Busitalia sita Nord, Trenitalia spa, Ishtar scarl, Atc & partners mobilità scarl, Minimetrol spa) sempre in base ai dati dell'Osservatorio.

Con l'articolo 44, comma 1 del Dl 104 del 14 agosto 2020 (decreto agosto), a fronte di una

richiesta delle Regioni di almeno 800 mln, ne sono stati stanziati ulteriori 400 sempre per compensare i mancati ai ricavi delle aziende.

In prossimità della riapertura delle scuole si è poi posto il problema dei servizi aggiuntivi di tpl necessari per garantire il rispetto delle misure anti-covid. Con l'articolo 1 del Dl 111 dell'8 settembre è stato consentito alle regioni di destinare fino al limite di 300 milioni, a valere sui 400 già stanziati con il Dl 104, per servizi aggiuntivi di tpl anche in orario scolastico. Ciascuna regione, a titolo di anticipazione, è stata autorizzata all'attivazione in misura pari al 50% dei 300 milioni. All'Umbria la cifra di 1.665.507,38 euro.

Ultime, almeno per ora (in attesa della Legge di bilancio che, dalle voci che si rincorrono, conterrebbe ulteriori 200 mln di euro per il 2021 - ovvero per l'Umbria 2.220.676,50 - finalizzati ai servizi aggiuntivi di tpl) le disposizioni contenute nel Dl 149 del 9 novembre (ristori bis), che all'art. 27, in riferimento al decreto rilancio di maggio, amplia il periodo di ristoro delle aziende di tpl portandolo al 31 gennaio 2021 e incrementando le risorse di ulteriori 300 milio-

Tab 1. Fondi straordinari tpl assegnati all'Umbria per il 2020/21 (in euro)

Provvedimenti	Destinazione	Assegnazioni	Anticipazioni	
Dl 34/2020 (fondi 2020)	Minori ricavi aziende	5.551.691	4.441.353	Dm 340/2020
Dl 104/2020 (fondi 2020)	Minori ricavi aziende	1.093.525	1.093.525	Dm in via di definizione
	Servizi aggiuntivi	3.331.015	1.665.507	
Dl 149/2020 (fondi 2021)	Minori ricavi aziende	2.220.676		
	Servizi aggiuntivi	1.110.338		

ni di euro per l'anno 2021, da poter utilizzare "anche per il finanziamento, nel limite di 100 milioni di euro, di servizi aggiuntivi di trasporto pubblico locale e regionale, destinato anche a studenti". Restando invariata la proporzione per la ripartizione delle risorse tra le Regioni, all'Umbria spetteranno 3.311.014,75 euro, di cui 1.110.338,25 per i servizi aggiuntivi.

Fin qui le cifre, ma il problema vero è cosa accadrà quando, come tutti ci auguriamo, la curva dei contagi riprenderà a scendere e non sarà più possibile tenere gli studenti di medie e superiori a casa, non almeno tutti i giorni. Per fortuna dal ministero si guarda lontano. "La riforma del trasporto pubblico locale non è più rimandabile. È urgente ragionare con una visione prospettica per avviare una riorganizzazione radicale del tpl la cui ultima riorganizzazione risale al 1997" ha recentemente tuonato la ministra De Micheli riunita attorno ad un tavolo con Regioni, enti locali e le associazioni delle aziende del settore. Insomma - come si è soliti dire - bisogna fare della crisi una opportunità. Dobbiamo crederle?

Agosto Covid mio non ti conosco

Se come ci dicono continuamente esperti il virus del Covid-19 circola le persone, in Umbria una volta terro il periodo di lockdown (18 maggio) di te ne è circolata molta e ne è arrivata ancora più, in particolare dalle altre regioni. A p da giugno, inizialmente con qualche tim prudenza ben prestato superate, i flussi tu hanno evidenziato un trend crescente di senze ed arrivi che è culminato ad agosto 357.005 presenze per complessivi 1.111 arrivi, un dato, seppur di poco, superi quello dell'agosto del 2019 (339.624 prese 1.118.270 arrivi), pari ad una permanenz dia di 3,1 notti (ad agosto 2019 la perma era stata di 3,3 notti).

Ovviamente nonostante l'exploit dei mesi il bilancio turistico dei primi otto mesi del non poteva che presentarsi negativo co -50,7% in termini di arrivi e -48,1% in te di presenze rispetto allo stesso periodo del C'è da osservare tuttavia che pur all'inter un quadro pesantemente negativo, la situa umbra si caratterizza per un livello di perdi contenuto rispetto sia alla media italiana c altre aree del paese per le quali si stimano zioni più pesanti, come il -63,3% del Ven -59,2% della Toscana, il 55,8% della Loi dia o il 54,7% del Lazio (stime Demoskop Ovviamente si tratta quasi esclusivamente rismo interno, che copre il 90,6% degli e l'84,7% delle presenze, a fronte di un marginale della componente estera (9,4% arrivi e 15,3% delle presenze). Nel solo m agosto le presenze di turisti italiani in U hanno superato del 32,4% quelle registrate stesso mese del 2019. Questo incremento centrato soprattutto in strutture extra-albe re, ha più che compensato il venir meno componente stranieri (-61,3%). Focaliz l'attenzione sul mese di agosto il 18,4% de so turistico in termini di arrivi ed il 16, termini di presenze si è concentrato nel prensorio Assisano; segue il Perugino 14,0% degli arrivi ed il 12,4% delle pre quindi l'area del lago Trasimeno (12,3% arrivi e 20,9% delle presenze), quindi l'ar ligno-Nocera Umbra (10,1% degli arrivi e delle presenze). Sulla base di dati elaborat uffici regionali, le principali correnti di tu italiano provenivano da Lombardia, Lazio lia Romagna, Piemonte e Veneto, con pri le meta, nell'ordine, Assisi, Perugia, Or Gubbio e Spoleto. Le correnti estere, cor evidenziato attorno al 10 per cento dell' flusso turistico, provenivano soprattutto d Bassi, Germania, Belgio, Francia e Gran gna. A differenza dei flussi italiani la me gettonata è stata la città di Perugia, segu Assisi, quindi Orvieto e Castiglione del L.

speciale Covid

Lo Speciale Covid-19 è stato
curato da Franco Calistri,
Stefano De Cenzo, Osvaldo
Fressoia, Maurizio Giacobbe, Meri
Ripalvella, Vittorio Tarparelli e
Stefania Zucchini

