

## **Una catastrofe vitale? Le scelte di politica sanitaria per far fronte al Covid-19** **Giovanna Vicarelli e Stefano Neri<sup>1</sup>**

### **Abstract**

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) arriva al 2020 caratterizzato da quattro distorsioni: culturale, che penalizza la prevenzione; funzionale, con un sistema di servizi centrato sull'ospedale; istituzionale, con un regionalismo differenziato e poco solidale; redistributiva, tendente ad un universalismo differenziato. Queste distorsioni hanno condizionato fortemente la capacità di risposta alla pandemia. Le misure adottate hanno rappresentato per lo più aggiustamenti dettati dall'emergenza e sottoposti a processi di path dependency. Pur scontando le medesime criticità, le riforme previste nel PNRR tentano di incidere maggiormente sulle distorsioni del SSN, proponendosi di conseguire cambiamenti più profondi e in parte strutturali.

Parole chiave: Servizio sanitario nazionale, politiche sanitarie, decentralizzazione, Covid-19, assistenza territoriale

### **A vital catastrophe. Health policy choices to tackle the Covid-19 pandemic in Italy**

In early 2020, the Italian National Health Service (NHS) was affected by four kinds of distortion: cultural, penalising health prevention; functional, giving priority to hospital care; institutional, with a decentralised system lacking inter-regional solidarity; redistributive, tending to a differentiated universalism. These distortions strongly conditioned its ability to respond to the Covid-19 pandemic. Selected measures represented mostly simple adjustments adopted in the emergency and determined by path dependency. Although they share the same critical features, reforms included in the 2021 National Recovery and Resilience Plan attempt a more significant action on the distortions, in order to pursue wider and partly structural changes.

### **Keywords**

National Health Service; health policy; decentralisation; Covid-19; outpatient care

### *Introduzione*

Il 9 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara l'avvenuto isolamento, da parte delle autorità sanitarie cinesi, di un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo: il 2019-nCoV. Il virus è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di

---

<sup>1</sup> Il presente lavoro è il frutto della collaborazione dei due autori. Nello specifico, si deve a Giovanna Vicarelli la stesura del primo e del secondo paragrafo, a Stefano Neri la stesura del terzo e del quarto paragrafo. Introduzione e conclusioni sono state scritte da entrambi.

Wuhan, nella Cina centrale. Il 30 gennaio l'OMS dichiara l'epidemia da Covid-19 “un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale” (l'11 marzo la definirà una "situazione pandemica"). Nello stesso giorno, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) conferma i primi due casi di infezione Covid in Italia (due cittadini cinesi in visita a Roma) e il Ministro della salute propone la dichiarazione dello stato di emergenza, deliberato il 31 gennaio dal Consiglio dei ministri.

Sono queste le prime tappe di una complessa gestione della pandemia affrontata da due differenti governi, l'uno di coalizione guidato da Giuseppe Conte fino al 13 febbraio 2021 e il secondo, di unità nazionale, guidato da Mario Draghi. Quest'ultimo conferma al Ministero della salute l'onorevole Roberto Speranza. Sul piano strettamente sanitario, l'azione dei due governi si sviluppa attraverso una pluralità di misure e disposizioni adottate con ordinanze, circolari, decreti del Presidente del Consiglio dei ministri (D.P.C.M.) che hanno un carattere legislativo urgente e che trovano riferimenti, sia nel d.lgs. n.1 del 2 gennaio 2018 (relativo al nuovo Codice della protezione civile), sia nel d.lgs. n. 112/1998 volto a creare, in tema di emergenza, un equilibrio complesso tra attribuzioni statali e regionali. Nel lungo periodo di crisi che si protrae almeno fino all'estate 2021, tale mole legislativa presenta un carattere di eccezionalità che, tuttavia, risente dei tratti istituzionali del SSN ed ancor più delle scelte di policy di medio-lungo periodo in termini di strutturazione (a livello nazionale e regionale) dei servizi territoriali, ospedalieri e di prevenzione. L'ipotesi emergente (da validare nel prossimo futuro) è che le disposizioni urgenti, così come le politiche programmatiche del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), presentino pochi tratti di innovazione istituzionale ed organizzativa limitandosi, spesso, ad implementare norme predisposte nel passato e risentendo, quindi, fortemente della *path dependency*.

Nelle pagine seguenti, dopo aver brevemente ricordato i nodi istituzionali e organizzativi che caratterizzano il sistema sanitario italiano al momento della pandemia (§1), si ricostruiranno le scelte di politica nazionale (§2), per discutere, poi, del ruolo assunto dai governi regionali nella loro attuazione (§3), giungendo a delineare le linee di programmazione del PNRR (§4) e a discuterne brevemente i possibili esiti nel futuro (§ 5).

### *1. Il tempo antecedente la pandemia: il disegno istituzionale e i nodi critici*

In Italia il SSN viene istituito nel dicembre del 1978 dopo un lungo periodo mutualistico-assicurativo (iniziato con il fascismo), preceduto, a sua volta, da un altrettanto lungo periodo a welfare residuale (dall'Unità all'inizio del Novecento). Solo a partire dagli anni Ottanta, quindi, si prefigura una diretta responsabilizzazione dello Stato in ambito sanitario, seppure con modifiche rilevanti (i decreti 502 e 517 del 1992-93, il decreto 229 del 1999 e la legge Costituzionale n.3 del 2001) che negli anni Novanta avviano una regolazione regionale e manageriale della sanità dettata dalle logiche del New Public Management (NPM). Tutto ciò significa che l'Italia presenta una “particular logic of system” (Tuohy 1999) che si esprime attraverso riforme differenziate, le quali, una volta approvate, trovano una difficile implementazione in termini sia di coerenza rispetto alla tipologia di welfare espressa (per il forte peso della *path dependency*), sia di efficacia ed efficienza (per le logiche di riduzione della spesa sanitaria ad esse sempre collegate) (Vicarelli 1997; 2010).

A seguito di tali processi, alla vigilia della pandemia, il SSN presenta quattro distorsioni fondamentali che interferiscono sulla risposta alla crisi prodotta dal Covid-19 (Vicarelli e Giarelli 2021). Due distorsioni hanno carattere culturale e funzionale, in quanto si riferiscono alla bassa incidenza dei servizi di prevenzione e alla prevalenza di quelli ospedalieri; due hanno carattere istituzionale e redistributivo, in quanto si riferiscono alle modalità di regionalizzazione del SSN e alle disuguaglianze sanitarie e di salute nel paese.

La prima distorsione ha natura *culturale* ed è relativa all'orientamento alla malattia e alla conseguente medicalizzazione della salute che caratterizza in gran parte il SSN. Un orientamento che trova espressione anzitutto nella scarsa rilevanza che la prevenzione assume nel complesso dei servizi sanitari. La spesa per la prevenzione in Italia rappresenta, in realtà, il 4,4 % della spesa sanitaria, una percentuale più alta della media europea pari al 2,8% (dato 2018). Tuttavia, la spesa pro-capite, pari a 112 euro per abitante, risulta molto più bassa di quella della Gran Bretagna (185 euro) e della Norvegia (171 euro) o di altri paesi europei quali la Finlandia (152 euro) o la Germania (148 euro) (Bergamini 2021). Ciò significa che essa è più l'esito di una spesa complessiva comparativamente inferiore che della composizione della spesa stessa. Le limitate risorse finanziarie destinate alla prevenzione si riflettono nella scarsa capacità di azione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie il cui personale viene, peraltro, fortemente ridotto nell'ultimo decennio (Tagliavento e Vicarelli 2021). La distorsione prodotta dall'orientamento culturale alla malattia trova espressione anche nella prevalenza di un modello organizzativo dei servizi territoriali fondato sulla cosiddetta "medicina d'attesa", ovvero successiva al manifestarsi della patologia. Nonostante la sperimentazione in alcuni ambiti di nuovi modelli assistenziali, come il Chronic Care Model, ispirati ad una "sanità d'iniziativa", la loro diffusione risulta ancora piuttosto limitata. Su tale distorsione una forte responsabilità va attribuita alla cultura medica concentrata sulla tesi della transizione demografica ed epidemiologica e quindi sulla fine delle età pandemiche e dei relativi alti tassi di mortalità. Tale visione porta l'attenzione sulla prevenzione individuale piuttosto che su quella collettiva, ritenuta ormai poco incidente sui livelli di salute e di benessere della popolazione. Dal 2010 al 2017, infatti, tale voce di spesa risulta diminuita del 6,1% contro un aumento del 59,8% di quella rivolta alle persone singole (European House Ambrosetti 2020). Hanno, altresì, un ruolo di responsabilità le associazioni di categoria e le associazioni scientifiche del settore ancorate a vecchi modelli curativi piuttosto che proiettate verso forme di proattività.

La distorsione *funzionale* si può riassumere nel concetto di ospedalcentrismo, ovvero nella persistente centralità dell'ospedale quale perno e asse portante del sistema sanitario. Oltre a comportare l'accumulo sul settore ospedaliero di un notevole volume di prestazioni improprie, tale linea di tendenza contravviene alla coerenza che dovrebbe svilupparsi tra le politiche sanitarie e i nuovi rischi sociali. L'incremento della speranza di vita e delle cronicità (ISTAT 2019) avrebbe dovuto condurre verso forme crescenti di servizi territoriali e domiciliari con una inclusione delle reti familiari, comunitarie e di prossimità. In realtà, nel 2012, il governo tecnico (presieduto da Monti con Ministro della salute Renato Balduzzi) programma due interventi riorganizzativi paralleli. Il primo volto alla rete ospedaliera con una importante riduzione dei posti letto e del tasso di ospedalizzazione (diverrà il decreto n.70/2015), il secondo finalizzato alla nascita di strutture per le cure primarie aperte al pubblico per tutto l'arco della giornata, sette giorni su sette (decreto n.158/2012).

L'impegno è quello di procedere, di pari passo, con la ridefinizione della rete ospedaliera e dell'assistenza primaria, domiciliare e residenziale. Tuttavia, mentre il decreto sull'ospedalità, dopo un iter legislativo travagliato viene, più o meno, applicato su tutto il territorio nazionale, il decreto sulla riorganizzazione delle cure primarie resta largamente inattuato, contribuendo ad approfondire, piuttosto che sanare, il rapporto asimmetrico ospedale-territorio. Su questi esiti giocano un ruolo prioritario i gruppi professionali che oppongono resistenza tanto alla riallocazione delle risorse (dall'ospedale al territorio) che alla riorganizzazione delle cure primarie. Ne deriva che, all'inizio del 2020, le aziende ospedaliere (AO) diminuiscono di numero (calano nel 2020 a 42 dalle 95 del 2008), ma risultano avere dimensioni sempre più ampie, mentre resta una quota rilevante di piccoli ospedali sotto i cento posti letto (115 strutture), spesso lontani da ogni livello minimo di casistica e di *clinical competence* (Cergas-Bocconi 2020). Il processo di concentrazione dei volumi ospedalieri è più marcato nel Nord e nel Centro del Paese, mentre nel Mezzogiorno non si riesce a superare l'eccessiva frammentazione territoriale. Ciò spiega il costante e lento aumento dell'incidenza dei ricoveri per mobilità dal Sud verso il Nord. Complessivamente, nel 2018 (OECD 2020) la spesa ospedaliera italiana ammonta al 44% del totale della spesa sanitaria contro il 39% nell' EU27 (28% in Germania, 38% in Francia e in Svezia 39%). Le cure long term (LTC) pesano, invece, per il 6% contro l'8% nell'Europa a 27.

La terza e la quarta distorsione hanno natura *istituzionale-redistributiva* in quanto si identificano con il regionalismo differenziato e con le relative conseguenze in termini di universalismo dei servizi e delle prestazioni. All'inizio degli anni Ottanta, in una fase di genesi del SSN e di accettazione culturale dell'universalismo molti ritenevano che le disuguaglianze sanitarie e di salute, derivanti dal precedente sistema mutualistico, potessero essere superate in modo graduale nel corso degli anni (Spina e Vicarelli 2020). Tuttavia, il processo di regionalizzazione, sviluppatosi a partire dagli anni Novanta, crea condizioni fattuali (e in certa misura valoriali) che limitano e per certi versi annullano tale andamento omogeneizzante. Ciò significa che se l'impianto egualitario del SSN viene mantenuto, non di meno esso subisce l'influenza di un clima culturale più propenso alla enfaticizzazione delle differenze nei bisogni sanitari e nell'accesso ai servizi in quanto legato alla vocazione federalista e autonomista delle regioni italiane e dei governi nazionali che si susseguono in quei decenni. La stessa possibilità di raggiungere diversi livelli nella garanzia dei LEA, se risponde alla necessità di graduare il percorso di ottenimento dei risultati prestabiliti, rende possibili vari gradienti di risposta e quindi notevoli disuguaglianze assistenziali (Tab.1).

Tabella 1

<b>Adempimenti LEA 2018</b>			
Sperimentazione Nuovo Sistema di Garanzia			
	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale
Piemonte	85,59	93,04	88,31
Valle D'Aosta	71,54	72,30	36,70
Lombardia	79,93	89,94	83,44
Liguria	75,84	83,50	86,84
Veneto	85,93	91,72	94,65

P.A. Trento	94,18	93,02	72,90
P.A. Bolzano	71,38	51,86	40,60
Friuli-Venezia Giulia	82,94	73,20	76,42
Emilia-Romagna	90,70	93,26	94,32
Toscana	90,91	88,48	89,79
Umbria	87,33	93,92	67,48
Marche	77,04	82,03	76,70
Lazio	73,25	84,99	62,40
Abruzzo	68,54	86,24	74,05
Molise	44,74	79,55	44,49
Campania	58,07	74,67	64,30
Puglia	72,14	79,39	70,57
Basilicata	75,83	84,16	45,09
Calabria	47,22	64,03	58,44
Sicilia	n.c.	50,76	75,64
Sardegna	64,60	75,78	34,50

Fonte: Ministero della salute, Comitato LEA

La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta qualora il punteggio sia superiore a 60

>80	50-60
70-80	40-50
60-70	<40

Tale andamento sembra conoscere, a partire dal 2007, una ulteriore fase legata alla richiesta di autonomia differenziata di alcune regioni del Centro-Nord. Sembra proporsi, cioè, un atteggiamento di svalutazione dei territori meno performanti, secondo l'idea che non sappiano e non meritino quindi di essere aiutati a raggiungere maggiori livelli di equità territoriale (Rodriguez-Pose 2017). Tale processo vede implicati numerosi attori: dai governi e dalle burocrazie regionali non sempre in grado di garantire, soprattutto nell'Italia meridionale, l'efficacia e l'efficienza delle proprie strutture erogative, agli stessi partiti politici sempre più contrapposti e instabili nelle concezioni universalistiche del welfare in sanità.

Rispetto alle quattro distorsioni qui ricordate non solo, nell'ultimo decennio, non si procede con attività di ricalibratura del welfare (Ferrera e Hemerijck 2003; Pierson 2001), ma si avviano forme di razionamento delle risorse per la sanità visti gli andamenti economici fortemente negativi del paese e i loro riflessi sul bilancio pubblico che sostengono l'idea di una crescente insostenibilità economica del SSN. Vanno nella direzione del razionamento, le politiche che colpiscono in primo luogo i professionisti della sanità: blocco della contrattazione e degli aumenti di stipendio, incremento dell'orario di lavoro in deroga alla normativa europea, diminuzione delle posizioni apicali. Nel 2009 i direttori di Struttura Complessa, cioè l'apice della carriera professionale, sono 9.691, nel 2019 solo 6.629, il 31,5% in meno. I Responsabili di Struttura Semplice, il livello immediatamente inferiore, nel 2009 sono 18.536, dopo

10 anni il 44% in meno, cioè 10.368 (ANAAO ASSOMED 2021). Il prezzo del definanziamento è pagato, in altri termini, dal personale sanitario, che si presenta in forte diminuzione nelle posizioni a tempo indeterminato (-6.348 medici e odontoiatri e -10.373 infermieri dal 2010 al 2017) e con età media elevata (nel comparto sanità passa da 43,5 anni nel 2001 a 50,7 nel 2018) (Vicarelli 2020). Non meraviglia, dunque, che nel 2019, secondo i dati del Conto Annuale del Tesoro, il 2,9% dei medici ospedalieri (3.123, con prevalenza nelle regioni settentrionali e centrali) decida di lasciare il lavoro nel settore pubblico o di spostarsi nei servizi territoriali alla ricerca di un miglioramento economico e di qualità di vita (ANAAO ASSOMED 2021). Limitati sono anche gli investimenti in conto capitale con una conseguente incidenza negativa sulle innovazioni tecnologiche, in particolare informatizzazione e tecnologie digitali, in grado di migliorare efficienza ed efficacia del SSN (CREA 2017; 2018).

## *2. Il tempo della pandemia: le scelte nazionali di policy*

### *2.1 I provvedimenti di prevenzione e controllo del virus*

A partire dal 31 gennaio 2020, quando l'Italia decreta lo stato di emergenza nazionale, il sistema sanitario si trova ad affrontare e dover limitare i danni derivanti dai nodi critici della distorsione culturale e funzionale, confrontandosi tanto con il regionalismo differenziato che con il ridotto universalismo in sanità. Le normative emanate riguardano essenzialmente due versanti: i provvedimenti di prevenzione e controllo del virus; le norme per rafforzare il SSN.

Sul primo versante, il 9 febbraio 2020, solo due giorni dopo la sua prima riunione, il Comitato tecnico-scientifico (CTS), nominato dal Ministro Speranza, avvia una riflessione sugli scenari possibili in caso di evoluzione dell'epidemia e il 12 febbraio acquisisce un documento in tal senso da parte del dottor Merler della fondazione Kessler. Lo studio, non potendo valutare il livello di trasmissibilità fuori dalla Cina, suppone che il nuovo coronavirus possa essere trattato con misure di contenimento isolando localmente i casi, identificando e monitorando i contatti dei casi e considerando anche la quarantena dei contatti dove appropriata (Merler 2020). Ritenendo la SARS una malattia estremamente sintomatica si suppone che tale strategia di contenimento possa essere efficace. L'OMS e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) vengono in Italia per una visita dal 24 febbraio al 4 marzo, tre giorni dopo la scoperta del cluster di Codogno. Gli esiti di questa missione vengono trasmessi formalmente al Governo italiano il 12 marzo 2020 attraverso un documento con raccomandazioni e indicazioni, anche operative, volte essenzialmente al contenimento dei casi. Ciò significa, però, dover fare i conti con un sistema di prevenzione ridotto, con poche risorse economiche e una strumentazione poco sviluppata sul piano della prevenzione collettiva.

In realtà, il nuovo virus, dimostra due caratteristiche inattese. In primo luogo, appare particolarmente aggressivo e con tratti molto diversi non solo dai virus influenzali, ma anche dal SARS del 2002-2003. I sintomi di quest'ultimo erano gravi e facilmente identificabili, mentre SARS-CoV-2 è frequentemente causa di casi asintomatici e paucisintomatici. In secondo luogo, il picco di contagiosità della SARS si raggiungeva circa una settimana dopo la comparsa dei sintomi, quindi si faceva in tempo ad isolare i malati che diventavano contagiosi. Per il SARS-CoV-2, invece, il picco coincide con la comparsa dei sintomi o addirittura li anticipa impedendo di fatto il loro isolamento. Queste due caratteristiche, assieme ai limiti del sistema di

prevenzione, conducono sempre più verso politiche di mitigazione (anziché di contenimento) basate sul distanziamento sociale: il lockdown, le zone rosse, il blocco delle attività che non è possibile svolgere in sicurezza o che possono determinare assembramenti, la limitazione dei movimenti non necessari, l'utilizzo costante delle mascherine, sono decisioni adottate, per arginare la diffusione del contagio. Di fatto, attraverso numerosi D.P.C.M. e Decreti-legge (D.L.)<sup>2</sup>, si prescrivono e si disciplinano le varie tipologie di misure di mitigazione, nonché il loro progressivo allentamento o la loro rimodulazione nel tempo in considerazione di una prima ondata dell'epidemia (febbraio-maggio 2020), una fase di transizione (giugno-ottobre 2020), una seconda ondata (novembre 2020-primavera 2021).

Va notato, su questo versante, che l'Italia si trova ad affrontare il Covid-19 con un "Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale" approvato nel 2006 e mai aggiornato (né implementato a livello regionale), nonostante gli inviti in tal senso formulati dall'OMS nel corso degli anni. D'altro canto, le precedenti pandemie (la SARS nel 2003 e la H1N1 nel 2009) toccano marginalmente l'Italia causando un numero di morti minimali (4 casi nel primo caso e 229 nel secondo). Di fronte ad un virus totalmente nuovo è evidente che il Piano pandemico non risulti sufficiente, così come le prime raccomandazioni emanate dall'OMS. Ecco perché del vecchio Piano viene valorizzato ciò che appare come funzionale a contrastare l'epidemia, ad esempio, la dichiarazione dello stato di emergenza. E', dunque, la mancanza di strumenti normativi adeguati, oltre alla scarsa esperienza in termini di pandemie, a fare sì che si ricorra in modo massiccio al parere di esperti (soprattutto di area medica) con conseguente confusione e lentezza nelle decisioni da prendere rispetto ai tempi di espansione del virus (Capano 2020). Tuttavia, rispettivamente nell'agosto e poi nell'ottobre 2020, vengono predisposti dal Ministero della salute prima un documento e poi un manuale dal titolo «Elementi di preparazione e risposta a Covid-19 nella stagione autunno-invernale», che sono approvati all'unanimità in Conferenza Stato-Regioni. Va segnalato, inoltre, che il 25 gennaio 2021 la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria presenta il "Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023"; il testo aggiorna finalmente il Piano del 2006 ma, pur facendo tesoro di quanto appreso dalla pandemia in corso, si focalizza su scenari pandemici solo influenzali.

All'interno di questo spazio di intervento vanno poste le misure predisposte per l'acquisizione dei vaccini e la realizzazione della campagna vaccinale che risente, nel suo ritardo, tanto degli accordi europei sulla dotazione nazionale delle dosi, che della transizione dal governo Conte II al nuovo governo Draghi. Il "Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2" si compone, infatti, di due documenti: "Elementi di preparazione della strategia vaccinale", presentato dal Ministro della salute al Parlamento il 2 dicembre 2020 (Decreto 2 gennaio 2021); "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione" del 10 marzo 2021. Il Piano, elaborato dal nuovo Commissario Straordinario per l'Emergenza (Generale Figliuolo), dall'ISS, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) assieme al Ministero, è adottato con Decreto del 12 marzo 2021 e diffuso il giorno seguente. In esso si fissa l'obiettivo di arrivare almeno all'80 per cento della popolazione vaccinata entro la fine

---

<sup>2</sup> Tra il 22 gennaio e il 31 marzo 2020 vengono emanate a livello nazionale 278 norme straordinarie sulla crisi, da parte del Ministero della salute, del Dipartimento della protezione civile, del Ministro degli Interni e del Consiglio dei Ministri.

di settembre 2021, e quindi di iniziare, dalla metà di aprile, a somministrare vaccini a 500mila persone ogni giorno. Con l'Ordinanza 9 aprile 2021 il Commissario straordinario definisce le priorità di vaccinazione basate esclusivamente sulle fasce di età. Prima di tale scelta, infatti, le vaccinazioni erano garantite al personale sanitario e ad alcune categorie ritenute più esposte, rimandando di fatto l'obiettivo di tutelare le fasce di popolazione più a rischio, in primo luogo i grandi anziani.

## 2.2 I provvedimenti di rafforzamento del SSN

Un secondo versante di intervento per far fronte al Covid-19 riguarda il rafforzamento del SSN. Su questo piano le disposizioni legislative urgenti riguardano, da un lato, singoli ma rilevanti aspetti, come il ruolo e l'attività della Protezione civile, i farmaci, le attrezzature medico chirurgiche, ecc. Dall'altro lato, si legiferano misure relative al finanziamento, al personale e alla strutturazione della rete dei servizi (Palumbo e La Falce 2021). In questa seconda direzione, la normativa principale viene emanata tra il 17 marzo 2020 (DL n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27) e il 19 maggio 2020 (DL 19 maggio n.34, decreto Rilancio) cioè nei mesi centrali della prima ondata pandemica. Tali misure possono essere considerate in base al carattere temporaneo, strutturale o routinario che esse presentano.

In primo luogo, come temporaneo (in attesa del PNRR) va considerato l'aumento significativo della *spesa corrente* a fronte del sottofinanziamento del SSN perpetuato dal 2011, con la lenta e progressiva erosione del tasso di copertura pubblica (scesa al 74% del totale spesa sanitaria nel 2019). Per il 2020 l'aumento stimato è, infatti, di oltre 5 miliardi, pari al +4,7% della spesa totale (Cergas-Bocconi 2020; Ministero dell'Economia e della Finanze 2020). Le nuove risorse sono ricavate incrementando il debito pubblico e alimentando tre distinti contenitori: aumenti al fondo ordinario del SSN, finanziamenti per l'emergenza attraverso la Protezione Civile e fondi a disposizione del Commissario per l'emergenza. Dal momento che tali contenitori hanno logiche e metriche di finanziamento non omogenee, ne conseguono incertezze nella disponibilità e nell'uso dei finanziamenti da parte delle Regioni. In tal senso, come scrivono Longo e Ricci: "l'imprenditorialità istituzionale presente nelle diverse regioni fa la differenza rispetto alla velocità e all'entità delle logiche espansive di spesa" (Longo e Ricci 2020, 9).

Con un carattere in parte temporaneo<sup>3</sup> e in parte strutturale va considerato il *reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie*. Secondo i dati trasmessi dalle regioni e Province autonome a fine aprile 2021, risultano essere state reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria 83.180 unità di personale. Si tratta per il 25,7 per cento di medici (21.414) e per il 38,5 per cento di infermieri (31.990). Il restante personale (29.776 unità) è costituito da operatori sociosanitari ed altre professionalità necessarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, etc.) (Corte dei Conti 2021). In questo

---

<sup>3</sup> Nelle prime fasi dell'emergenza, l'art. 23 del DL n. 9 del 2020 consente, in via transitoria e solo nelle zone più colpite dal virus, la stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico ed infermieristico, in deroga alle norme preesistenti. In seguito all'aggravarsi dell'emergenza sanitaria, l'art. 2-bis del DL n.18 del 2020 estende a tutto il territorio nazionale tali norme con la specifica finalità di incrementare il personale necessario per rafforzare i reparti di terapia "intensiva e sub intensiva". Successivamente la loro efficacia è estesa al 31 dicembre 2021. Tali contratti possono essere attribuiti anche a tutti i laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti all'ordine professionale. L'art. 2-ter del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020 consente, in via transitoria, anche il conferimento, da parte degli enti ed aziende del SSN di incarichi individuali a tempo determinato a personale medico, anche all'ultimo e penultimo anno di formazione specialistica, e sanitario, mediante avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio orale.

modo, il SSN avrebbe recuperato larga parte del personale perso dal 2009 (Vicarelli 2020). Tra le innovazioni che, in questo ambito, potrebbero essere strutturali vanno annoverate le assunzioni di assistenti sociali e di infermieri di comunità per i servizi territoriali, nonché la creazione delle USCA (unità speciali di continuità assistenziale) che assistono a domicilio e da remoto i pazienti Covid. Quest'ultime, composte da giovani medici delle cure primarie, per la prima volta vedono l'utilizzo di contratti di lavoro dipendente nell'ambito della medicina generale, evidenziando una discontinuità significativa rispetto alle tradizionali traiettorie di sviluppo degli organici. Tuttavia, rispetto all'incremento di personale va sottolineato che prevalgono logiche di emergenza, così come modelli di organizzazione tradizionali, poco adatti alle esigenze di cura emerse negli ultimi decenni. Una novità sui profili professionali è prevista nel "Decreto rilancio" e riguarda l'istituzione della scuola di specializzazione in medicina e cure palliative a decorrere dall'anno accademico 2021/2022 e quindi la nascita della figura del medico palliativista come specialità autonoma. Va notato, anche, che alcune norme prevedono la possibilità di incentivazione in termini economici i professionisti impegnati nel fronteggiare la pandemia. La distribuzione di tali risorse, estese poi a tutto il comparto, resta una competenza regionale. Tuttavia, gli incrementi retributivi continuano ad essere sottoposti a classici criteri "a pioggia" e non paiono rispondere a modalità selettive legate alle responsabilità, alle competenze, alla quantità e alla qualità dello specifico contributo professionale.

La stessa forma ibrida (in parte temporanea e in parte strutturale) può essere attribuita alla *riorganizzazione dei servizi* ospedalieri e territoriali per i quali si prevedono aggiustamenti in funzione della pandemia, ma anche l'attuazione di norme volte ad una loro maggiore strutturazione, soprattutto sul piano territoriale.

Sul versante ospedaliero, le prime disposizioni di legge incentivano l'ampliamento dei reparti per acuti, prevedendo in seguito il loro riadattamento e la loro flessibilità nelle due fasi successive. Tale riorganizzazione riguarda anche interi ospedali trasformati in poco tempo in strutture Covid e non Covid e successivamente ricondotti alle funzioni originarie. Non potendo i SSR contare su un numero di riserva in termini di posti letto e di reparti, visti i tagli effettuati nel decennio antecedente la pandemia (Neri 2021), si adottano forme di flessibilità impensabili nel periodo precedente (Cergas-Bocconi 2020). In tale direzione vanno lette, anche, le norme per il recupero delle liste di attesa (articolo 29 della legge n.126/2020), nonché le disposizioni sulla dematerializzazione delle ricette e l'incremento della telemedicina<sup>4</sup>, norme attese peraltro da tempo. Con finalità più strutturali si pone l'obbligo per le Regioni di produrre piani ospedalieri volti a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche (Programmi operativi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18). L'obiettivo è raggiungere sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento dovrebbe determinare una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti. La previsione di programmazione prevede una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica facendo in modo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. Al potenziamento delle terapie

---

<sup>4</sup> Nell'ottobre 2020 il Ministero elabora le Nuove indicazioni per la telemedicina che vengono recepite dalla Conferenza Stato regioni nel dicembre 2020. Le prestazioni sanitarie attraverso la telemedicina entrano ufficialmente nelle opportunità offerte da SSN con le relative regole amministrative in termini di tariffa, modalità di rendicontazione, compartecipazione alla spesa.

intensive sarà dedicata anche una misura del PNRR, che si pone in linea con queste disposizioni.

Sul piano dei servizi territoriali alcune modifiche organizzative sono strettamente correlate alla gestione della pandemia e presentano carattere in parte routinario, in parte temporaneo. Si potenziano, ad esempio, le Centrali operative regionali di raccordo con le USCA e i servizi di urgenza/emergenza e si istituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-COV-2. Con logiche più strutturali si potenzia, invece, l'assistenza integrata territoriale (ADI), con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari sanitarie e sociosanitarie, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA). La copertura dell'ADI dovrebbe passare, infatti, per gli over 65 dagli attuali 611mila soggetti a 923mila unità (dal 4% al 6,7%); per gli under 65 dagli attuali 70mila assistiti a domicilio a 140mila (dallo 0,15% allo 0,3%). Si prevede, anche, la riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, mentre si propone la creazione di "strutture di prossimità" in cui sviluppare progetti che riducano le logiche di istituzionalizzazione, a favore della domiciliarità, coinvolgendo tutte le istituzioni presenti sul territorio, unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore no profit.

Nel complesso, le normative inerenti sia la prevenzione e la gestione della pandemia, sia il rafforzamento del SSN, appaiono poco originali restando ampiamente dentro politiche precedentemente stabilite (ma non sufficientemente attuate) che la pandemia ripropone come necessarie ed urgenti. Gli aggiustamenti previsti, in merito soprattutto alle due distorsioni funzionali e culturali e al definanziamento del SSN, appaiono largamente sottoposte a processi di *path dependency* pur in una situazione di così grande cambiamento. Va nella stessa direzione il documento di indirizzo emanato dal Ministro della sanità nel marzo 2021 (Ministro della salute 2021) che appare modellato su un dibattito e un livello di conoscenze antecedenti la pandemia, come se quest'ultima non avesse introdotto elementi nuovi di riflessione e di azione tanto sul piano istituzionale che organizzativo. Più in generale, le misure adottate indistintamente per tutta la popolazione e di carattere prevalentemente biomedico trascurano il fatto che la Covid-19 si aggrava laddove si coniuga con specifici fattori di vulnerabilità quali l'età, la plurimorbilità, le condizioni economico-sociali, i bassi livelli culturali. Ciò significa che tali misure riconducono gli interventi pubblici ad una dimensione centralistica e riduttiva che sembrava superata da un dibattito che, negli ultimi decenni, ha spostato sempre più l'attenzione sulla necessità di considerare il coinvolgimento e l'empowerment dei cittadini, ma soprattutto le dimensioni sociali e culturali del benessere (Ingrosso 2018).

Pesano, su questa bassa capacità di formulazione innovativa delle politiche sanitarie, sia sul piano degli obiettivi che degli strumenti da utilizzare, le debolezze e rigidità strutturali proprie degli apparati ministeriali, nonché le contingenze legate alle nuove coalizioni politiche che governano il paese e le tensioni irrisolte nel rapporto tra diversi livelli di governo.

### 3. *Il tempo della negoziazione: il rapporto Stato-Regioni*

L'architettura istituzionale del SSN prevede la cooperazione tra Stato e Regioni per la definizione delle politiche sanitarie nazionali, attraverso meccanismi deliberativi

incentrati nella Conferenza Stato-Regioni. Nel decennio precedente la pandemia, tuttavia, nella *governance* del sistema sanitario emergono due dinamiche prevalenti che andranno ad incidere sulla gestione della pandemia (Neri 2020).

La prima è la riaffermazione del ruolo della regolazione statale attraverso il controllo sulle risorse finanziarie, umane e tecnico-strutturali (Frisina Doëtter e Neri 2018). Il sottofinanziamento del SSN, le politiche di contenimento della spesa per il personale e per la farmaceutica, il taglio degli investimenti pubblici, i limiti posti alle assunzioni, l'imposizione di standard volti alla riduzione dei posti letto sono tutte modalità attraverso cui lo Stato riafferma una sua centralità nel sistema sanitario. Dato che il SSN rimane, però, altamente decentrato sotto il profilo organizzativo e gestionale, questo processo crea contraddizioni non facilmente risolvibili.

La seconda dinamica riguarda, invece, la progressiva differenziazione dei rapporti tra Stato e Regioni a seconda delle condizioni finanziarie delle Regioni e della loro capacità di governo del sistema sanitario. A partire dal 2007 comincia ad essere utilizzato il meccanismo dei piani di rientro regionali dal disavanzo finanziario, introdotto dall'Intesa Stato-Regioni del 2005. Tale meccanismo prevede gradi successivi di riduzione dell'autonomia delle Regioni e di controllo diretto sulla spesa sanitaria da parte del governo centrale e del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), fino al commissariamento della sanità regionale. Dato che nel meccanismo dei piani di rientro sono coinvolte tutte le Regioni centro-meridionali, esclusa la Basilicata, e, per breve tempo, solo due Regioni del Nord (Liguria e Piemonte), esso finisce per determinare differenze territoriali significative nella *governance* effettiva della sanità. La richiesta di revisione costituzionale per conseguire forme di autonomia differenziata, avviata da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna nel 2017, si inserisce in questo quadro, cui si aggiungono ragioni politiche, almeno da parte delle prime due Regioni richiedenti. Nel loro insieme, queste dinamiche rendono acuta la distorsione istituzionale del SSN. Si arriva, quindi, all'inizio della pandemia con tensioni e spinte contrapposte che, nell'emergenza, si esprimono secondo tre differenti fasi, da febbraio 2020 all'estate del 2021.

La prima fase comincia con la diffusione del contagio e i provvedimenti restrittivi emanati con il DPCM del 23 febbraio 2020. Dopo avere sostanzialmente negato il problema e tentato di "normalizzare" il rischio del contagio (Capano 2020) per circa un mese e mezzo, tra la seconda metà di febbraio e la prima parte di marzo le istituzioni pubbliche sono chiamate ad una forte risposta con misure sia di carattere sanitario sia direttamente relative alla sicurezza e all'ordine pubblico. Il governo centrale diviene l'attore centrale di questa fase emergenziale e riesce ad imporre il *lockdown* rigoroso su tutto il territorio nazionale. Le tensioni tra Stato e Regioni non mancano, così come le prime manifestazioni di autonome decisioni regionali. Tuttavia, si tratta di iniziative ancora limitate, in un clima di sostanziale accettazione delle chiusure, supportate dalla legittimazione degli esperti dell'ISS e del CTS nazionale. In questa fase emerge l'importanza dei modelli di organizzazione dell'assistenza sanitaria regionale, che reagiscono in modo diverso alla pandemia ed ottengono risultati differenti (Casula, Terlizzi e Toth 2020). Tale elemento, da un lato, conferisce maggiore legittimazione all'ente regionale; dall'altro, evidenzia la distorsione istituzionale del SSN anche in caso di emergenza, dato che le risposte del governo centrale vengono a dipendere fortemente dalla capacità di attuazione delle Regioni. Tra aprile e la prima metà di maggio 2020, il ruolo delle Regioni si riafferma nella definizione delle regole per la ripresa delle attività. Emerge qui un confronto che

si ritroverà più volte tra la linea del governo, più cauta e prudente nella riduzione delle restrizioni, e quella delle Regioni, più incline a venire incontro alle esigenze delle attività produttive. In questa occasione, i provvedimenti che regolano le riaperture (il DL 33 del 16 maggio 2020 e il DPCM del 17 maggio 2020) approvano Linee guida che riprendono in buona misura le indicazioni delle Regioni (in particolare quelle di Veneto ed Emilia-Romagna), lasciando peraltro ampi margini di libertà nella loro applicazione. Si tratta di una vittoria delle Regioni, che manterranno questo ruolo rilevante negli aggiornamenti delle Linee guida approvati nei mesi successivi.

L'avvio delle riaperture (18 maggio 2020) segna l'inizio della seconda fase nelle relazioni tra i due livelli di governo della pandemia, che copre il primo periodo estivo di forte riduzione del contagio e poi la seconda ondata da ottobre-novembre 2020 fino all'inizio dell'estate 2021. In questa lunga fase emergono due tendenze generali nei rapporti tra Stato e Regioni (si veda anche il contributo di Vesperini nel presente Focus). In primo luogo, a livello nazionale si consolida il ruolo forte delle Regioni nella negoziazione delle misure nazionali di contrasto alla pandemia. Tale ruolo è visibile nella negoziazione della nuova serie di chiusure e restrizioni adottate nel tentativo di limitare la seconda ondata della pandemia (DPCM 7, 13, 19, 24 ottobre, cui seguiranno poi altri provvedimenti). La negoziazione è caratterizzata da forti tensioni e conflitti che riguardano il merito dei provvedimenti, ma che mostrano anche il tentativo di ciascuna delle parti di scaricare sull'altra la responsabilità (*blame avoidance*) per gli inadempimenti (il limitato potenziamento delle terapie intensive e il problema dei trasporti locali) e per le nuove chiusure. Tuttavia, esistono anche processi di apprendimento nella relazione tra Stato e Regioni che portano nel tempo ad una collaborazione più proficua (Baldi e Profeti 2020). In secondo luogo, le Regioni introducono, in misura crescente, una regolazione autonoma sul territorio che si pone, non di rado, in contrasto con quella nazionale e che riguarda, principalmente, le limitazioni delle attività economiche e di quelle scolastiche (su questo si veda Argentin et al. in questo Focus). Si creano così delle differenze nelle limitazioni dei diritti e delle libertà dei cittadini delle diverse Regioni del paese che non trovano sempre una chiara giustificazione nella situazione epidemiologica esistente sui territori.

La terza fase prende il via tra febbraio e marzo del 2021, con due importanti cambiamenti. Il primo è la già ricordata costituzione del governo Draghi, in sostituzione del Conte II, sostenuto da un'ampia coalizione che comprende Forza Italia e Lega, oltre che PD, LEU e Cinque Stelle. Il cambiamento politico si esprime in un approccio tendenzialmente più incline alla riapertura delle attività economiche, verso cui preme il centro-destra e che trova espressione nel DL 52 del 22 aprile 2021. Inoltre, la contrapposizione politica tra governo centrale e Regioni di centro-destra, spesso evidente nei mesi passati, viene meno, favorendo una maggiore collaborazione tra Stato e Regioni. Seppure non manchino gli attriti, in particolare sulla campagna vaccinale, i due livelli di governo dimostrano di aver imparato a negoziare in un clima politico che sembra permettere di cogliere i frutti del percorso avviato nel 2020.

Il mutamento del quadro politico è, d'altro canto, accompagnato, sotto il profilo giuridico, dall'approvazione della sentenza n. 37 del 24 febbraio 2021, pubblicata il 12 Marzo 2021. Con tale sentenza la Corte Costituzionale dichiara incostituzionali gli articoli della legge regionale della Valle D'Aosta, n. 11 del 9 dicembre 2020, che si pongono in contraddizione con la normativa statale di contrasto alla pandemia. La Corte ribadisce, cioè, che i provvedimenti compresi nelle misure di contrasto alla

pandemia (inclusa la campagna vaccinale) spettano allo Stato, in quanto rientrano nella competenza legislativa esclusiva statale in materia di profilassi internazionale, stabilita dall'art. 117 della Costituzione.

Al momento, non è possibile ipotizzare quali saranno gli effetti dell'esperienza maturata a partire dal 2020 sulla *governance* futura del SSN. L'emergenza non ha suggerito vie di uscita alla distorsione istituzionale, rafforzando contemporaneamente sia il ruolo dello Stato, almeno nelle situazioni di crisi, sia quello delle Regioni, che hanno acquisito nel complesso una maggiore legittimità istituzionale agli occhi dei cittadini. Se gli attori in campo sembrano avere compreso, più che in passato, il valore della cooperazione, questa sembra dipendere troppo dalle condizioni politiche o dalle circostanze del momento. Dunque, se e quando sarà riavviato il processo di autonomia differenziata, il rischio di un'esplosione dei conflitti (tra centro e periferia, tra Nord e Sud) con conseguente disgregazione del SSN non sembra scongiurato.

#### *4. Il tempo della programmazione*

La pandemia da Covid-19 ha posto il SSN al centro dell'attenzione generale, suscitando un dibattito sulle sue deficienze e il modo per superarle, in una prospettiva che vada al di là dell'emergenza. Le proposte di riforma hanno trovato traduzione nel PNRR approvato da Parlamento e Governo alla fine di aprile 2021, per usufruire dei fondi europei messi a disposizione dal programma *Next Generation EU*.

Nel Piano, la Missione 6, dedicata alla sanità e alla salute, si articola in due componenti: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina" per l'assistenza sanitaria territoriale (M6C1), cui si prevede di destinare 7 miliardi di euro; "Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria" (M6C2), cui sono allocati 9,63 miliardi di euro. Il totale delle risorse previste per la Missione Salute ammonta, quindi, a 16,63 miliardi di euro.

La prima componente punta al rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio e a domicilio e alla loro omogeneizzazione mediante l'introduzione di un modello organizzativo condiviso basato su standard strutturali, organizzativi e tecnologici da individuare entro il 31 ottobre 2021. Inoltre, si prevede la definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico entro il 2022. La riforma dell'assistenza territoriale prevede tre tipi di investimenti. Il primo è effettuato sulla Casa della Comunità, erede della Casa della Salute, quale "struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali" (PNRR, p. 275). Le 1.288 Case della Comunità previste per il 2026 dovranno diventare il punto di riferimento principale per le cure primarie (incluse molte attività di prevenzione) e per il coordinamento dei servizi territoriali. La seconda area di investimento è quella delle cure domiciliari, con l'obiettivo di arrivare alla presa in carico del 10% della popolazione ultrasessantacinquenne (oggi raggiunto solo in quattro Regioni). L'organizzazione e il coordinamento delle cure domiciliari sono affidati a 602 Centrali Operative Territoriali (COT) che devono essere create in ogni distretto sanitario o sociosanitario. Infine, il terzo investimento riguarda lo sviluppo delle cure intermedie mediante la costituzione, entro la metà del 2026, di circa 380 Ospedali di Comunità, ossia di strutture sanitarie "a gestione prevalentemente infermieristica" (PNRR, p.

277), dotate di 20-40 posti letto, destinate a ricoveri brevi di pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica.

La seconda componente della Missione 6 del PNRR “Innovazione, formazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza” si articola in due “misure” e in una “riforma”. La prima misura è rivolta all’ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali e al rafforzamento della sicurezza nelle strutture ospedaliere, nonché al potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e del “nuovo Sistema Informativo sanitario” (NSIS) finalizzato al monitoraggio dei LEA. La seconda misura consiste nel potenziamento della ricerca bio-medica, anche con il rafforzamento dei centri di eccellenza (tra cui uno dedicato alle epidemie) e in un investimento nella formazione del personale, con particolare riguardo alla medicina di base e alle competenze manageriali e digitali.

In entrambe le componenti, i programmi della Missione 6 non appaiono particolarmente innovativi sul piano istituzionale ed organizzativo, alla pari delle misure adottate nella fase emergenziale. La prima componente punta al recupero del ruolo della prevenzione e alla costruzione di un nuovo sistema di assistenza extra-ospedaliera. In linea con precedenti interventi legislativi, tale sistema dovrebbe basarsi sullo sviluppo, da un lato, di modelli organizzativi della medicina generale e delle cure primarie di tipo associativo e multiprofessionale, dall’altro, delle cure intermedie e di comunità.

Nel caso della seconda componente, si tratta per lo più di interventi volti ad imprimere un’accelerazione nei processi di introduzione delle nuove tecnologie in corso da tempo in sanità (Vicarelli e Bronzini 2019) e ad adeguare la formazione del personale alle trasformazioni in atto nei servizi sanitari.

##### *5. Il tempo futuro: quale cambiamento?*

È sullo scenario fin qui ricostruito che vanno interpretate le azioni intraprese dai diversi attori istituzionali per affrontare la grave crisi sanitaria conseguente alla infezione da Covid-19. Il tema è quanto le politiche attuate in fase emergenziale e programmate nel PNRR siano in grado di trasformare il SSN facendo fronte sia alle quattro distorsioni consolidate nel tempo, sia ai nuovi bisogni emergenti a seguito della pandemia stessa.

Le norme emanate nel 2020-21 e il PNRR si propongono, esplicitamente, di incidere sulla distorsione funzionale del SSN (quindi sulla persistente dominanza dell’assistenza ospedaliera) ed anche sulla distorsione culturale recuperando il ruolo della prevenzione. A sostenere tale cambiamento di rotta è, non solo l’evidenza di quanto avvenuto nelle regioni più attente alla territorialità dei servizi, ma anche l’esperienza internazionale nella lotta alla pandemia (Oecd 2021). Gli interventi previsti nella prima componente del PNRR, inoltre, si propongono di mitigare la distorsione redistributiva volendo assicurare in modo uniforme i servizi territoriali e domiciliari nelle diverse aree del Paese. Anche in tal caso, le evidenti ed inaccettabili disparità nella mortalità e nella morbilità conseguenti la pandemia (ISS 2021), sono alla base della dichiarata volontà istituzionale di riconsiderare i livelli di attuazione dei principi universalistici del SSN. Infine, l’apprendimento istituzionale verificatosi nel corso della fase emergenziale, stando alle dichiarazioni del Ministero della salute e del Governo, sembra aprire strade di maggiore e più matura collaborazione tra i diversi

livelli di governance (centrale e locale) superando gli effetti più disastrosi della disfunzione strutturale.

A fronte di tali norme ed affermazioni di principio, resta, tuttavia, il problema della loro effettiva implementazione. A favore di un esito positivo vanno considerati alcuni elementi: il fatto che in Italia ogni cambiamento a livello sanitario sia avvenuto in situazione di crisi e che la Covid abbia agito molto a livello simbolico consentendo ai sostenitori del cambiamento di fare leva su un immaginario molto potente, fatto di elementi visivi, simbolici e con evidenze numeriche; la presenza di una comunità di policy (esperti, dirigenti, rappresentanti sindacali e degli ordini professionali) organizzata e capace di utilizzare la crisi per modificare l'agenda istituzionale spingendo verso riforme di cui si chiede da tempo l'attuazione; la disponibilità, a differenza del passato, di uno stanziamento finanziario consistente, quello del PNRR, cui potrebbero aggiungersi risorse di fonte nazionale.

Giocano a sfavore altrettanti fattori: la difficile situazione economica del paese cui i fondi del PNRR potrebbero giovare in modo limitato; un mercato dei servizi sanitari oggi in crescita e molto più competitivo rispetto al passato, con un sistema industriale farmaceutico ancora più potente; l'inerzia e la bassa capacità di governo di molte burocrazie regionali nell'attuare una inversione di rotta nelle politiche fin qui adottate visti i gruppi di interesse locali; l'opposizione dei medici ospedalieri ostili alla diminuzione delle risorse per il loro settore già sottodimensionato in termini di posti letto e con carenze strutturali importanti; il timore dei medici di medicina generale di essere sottoposti a forme di controllo gerarchico da parte del SSN e gli scarsi incentivi che essi hanno ad aderire ai nuovi moduli associativi. Infine, come già detto, gli obiettivi del PNRR sono affidati a misure e programmi che non presentano caratteri di particolare innovazione e di creatività istituzionale/organizzativa. Per quanto poco note all'opinione pubblica, le Case della Comunità, gli ospedali di Comunità e le unità di coordinamento e di integrazione dei diversi servizi sono strumenti in campo da lungo tempo (magari con differenti denominazioni). In passato tali modelli organizzativi hanno trovato difficoltà insormontabili ad imporsi in modo esteso sul territorio nazionale ed hanno incontrato dei limiti anche nei contesti regionali più favorevoli; è dubbio quindi che le condizioni attualmente esistenti consentano un maggiore successo.

Per concludere, nessuna evidenza empirica permette, al momento, di affermare che la eccezionalità della crisi creata dalla Covid-19 costituisca effettivamente un evento in grado di cambiare il SSN (Vicarelli 2019): saranno le politiche e le azioni di implementazione dei mesi futuri, opportunamente monitorate, a dare indicazioni in tal senso. A livello teorico, resta, tuttavia, il problema (qui solo accennato) di quanto la *path dependency* abbia la forza di agire anche in situazioni drammatiche e di crisi. Essa, infatti, sembra emergere con un ruolo rilevante nel caso delle politiche sanitarie se si considerano tanto la bassa creatività delle norme emanate e programmate, quanto la limitata riflessività sui bisogni emergenti dalla pandemia in termini sia di nuovi rischi a livello fisico, psichico, sociale, che di nuovi assetti organizzativi del SSN.

#### **Riferimenti bibliografici**

ANAAO - ASSOMED (2021), *Lavorare in ospedale? No, grazie. Oltre 3000 medici in fuga nel 2019. Lo studio AnaaO*, [www.anaao.it/content.php?cont=31733](http://www.anaao.it/content.php?cont=31733)

- Baldi, B. e Profeti, S. (2020), *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del COVID -19*, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale», 3, pp. 277-306.
- Bergamini, S. (2021), *In Ue il 3% della spesa sanitaria è in prevenzione. In Italia un po' di più*, <https://www.helpconsumatori.it/salute/in-ue-il-3-della-spesa-sanitaria-e-in-prevenzione-in-italia-un-po-di-piu/>
- Capano, G. (2020), *Policy design and state capacity in the COVID-19 emergency in Italy: if you are not prepared for the (un)expected, you can be only what you already are*, in «Policy and Society», 39,3, pp. 326-344.
- Casula, M., Terlizzi, A. e Toth, F. (2020), *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale», 3, pp. 307-36.
- CERGAS – Bocconi (2020), *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea.
- CORTE DEI CONTI (2021), *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>
- CREA (2017), *XIII Rapporto Sanità. Il cambiamento della Sanità in Italia fra transizione e deriva del sistema*, Roma, CREA.
- CREA (2018), *XIV Rapporto Sanità. Misunderstandings*, Roma, CREA.
- European House-Ambrosetti (2020), *XV Meridiano Sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2020*, <https://www.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/RAPPORTOMS15low.pdf>
- Ferrera, M. e Hemerijck, A. (2003), *Recalibrating Europe's Welfare Regimes*, in Zeitlin J. e D. Trubek (eds.) *Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford, Oxford University Press, pp. 88-128.
- Frisina-Doëtter, L. e Neri, S. (2018), *Redefining the State in Health Care Policy in Italy and the United States*, in «European Policy Analysis», 4, pp. 234-254.
- Ingresso, M. (2018), *La cura complessa e collaborativa. Ricerche e proposte di Sociologia della cura*, Roma, Aracne.ISS (2021), *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia*. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021, Roma, Istituto Superiore Sanità.
- ISTAT (2019), *La salute nelle regioni italiane - Bilancio di un decennio (2005-2015)*, Roma, ISTAT.
- Longo, F. e Ricci, A. (2020), *Le fratture generate dal Covid-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana?* in CERGAS – Bocconi, *Rapporto OASI 2020*, Milano, Egea, pp. 3-34.
- Merler, S. (2020), *Valutazione di politiche di riapertura utilizzando contatti sociali e rischio di esposizione professionale*, Fondazione Kessler - Istituto Superiore di Sanità, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_4647\\_2\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4647_2_file.pdf)
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2020), *Documento di Economia e Finanza 2020. Nota di aggiornamento*, ott. 2020, tab. III.1.a, [http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti\\_it/analisi\\_programmazione/documenti\\_programmatici/nadef\\_2020/NADEF\\_2020\\_Pub.pdf](http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/nadef_2020/NADEF_2020_Pub.pdf)
- Ministro della salute (2021), *Atto di indirizzo per l'anno 2021*, [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_3036\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3036_allegato.pdf)
- Neri, S. (2020), *Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*, in «Autonomie Locali e Servizi Sociali», 2, pp. 239-55
- Neri, S. (2021), *Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera*, in *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, a cura di G. Vicarelli e G. Giarelli, Milano, Franco Angeli, pp. 49-57.
- OECD (2020), *Health at a Glance. Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, Paris, OECD Publishing.
- OECD (2021), *Strengthening the frontline. How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*, <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>
- Palumbo, F. e La Falce, M.G. (2021), *Aspetti teorici e applicativi dei lea in campo sanitario*, Roma, QuotidianoSanità Edizioni, [http://95.110.234.53/qs\\_dnl/aspetti\\_teorici\\_applicativi\\_lea.pdf](http://95.110.234.53/qs_dnl/aspetti_teorici_applicativi_lea.pdf)
- Pierson, P. (ed.) (2001), *The New Politics of the welfare state*, Oxford, Oxford University Press.

- Rodríguez-Pose, A. (2017), *The revenge of the places that don't matter (and what to do about it)*, in « Cambridge Journal of Regions, Economy and Society », 11(1), pp. 189-209.
- Spina, E. e Vicarelli, G. (2020), *Disuguaglianze e SSN: una contraddizione irrisolvibile?* in «Politiche Sociali/Social Policies», 1, pp. 77-102.
- Tagliavento, G. e Vicarelli, G. (2021), *La pandemia da SARS-CoV-2 e il sistema di prevenzione in Italia*, in Favretto, A.R., Maturo, A. e Tomelleri S. (a cura di), *L'impatto sociale del Covid-19*, Milano, Franco Angeli, pp. 80-90.
- Tuohy, C.H. (1999), *Accidental Logics*, New York, Oxford University Press.
- Vicarelli, G. (1997), *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, Volume III, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, a cura di F. Barbagallo, Torino, Einaudi, pp. 569-619.
- Vicarelli, G. (2010), *Gli eredi di Esculapio. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita*, Roma, Carocci.
- Vicarelli, G. (2019), *Il carattere evenemenziale della infezione da Covid-19*, in «Storia e Problemi Contemporanei», 80, pp. 232-238.
- Vicarelli, G. (2020), *La valorizzazione delle risorse umane nel sistema sanitario nazionale: un principio disatteso*, in «La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy», 3, pp. 75-96.
- Vicarelli, G. e Bronzini, M. (a cura di) (2019), *Sanità digitale. Riflessioni teoriche e esperienze empiriche*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli, G., e Giarelli, G. (a cura di) (2021), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, Franco Angeli.