

## **Quando i nodi vengono al pettine. La sanità italiana nella pandemia**

La pandemia da coronavirus, esplosa nei primi mesi del 2020, ha fatto venire al pettine i nodi irrisolti della sanità italiana, mettendone in evidenza le gravi carenze e limiti, ben noti in letteratura (cfr. Giarelli 2017; Neri 2019), frutto di un quindicennio di politiche di tagli e restrizioni praticate in nome dell'austerità.

Alcune cifre al riguardo sono eloquenti. Secondo i dati Oecd (2020), nel 2018 la spesa sanitaria pubblica sul Pil è risultata pari al 6,4% e quella complessiva all'8,7% del Pil, grosso modo invariate rispetto a dieci anni prima (rispettivamente 6,6% e 8,5% del Pil nel 2008): per citare paesi europei di grandezza comparabile al nostro, si tratta di valori di 2-3 punti inferiori a quelli di Francia e Germania, rispetto a cui negli ultimi dieci anni è cresciuto ulteriormente il divario esistente, e di un punto-un punto e mezzo più basso rispetto al Regno Unito, che in passato ha avuto una spesa sanitaria più bassa di quella italiana.

Nel 2018, la spesa sanitaria pro capite in Italia in prezzi correnti a parità di potere d'acquisto era circa di 3.485 dollari, poco più della metà di quella della Germania (6.224 dollari), molto inferiore anche a quella della Francia (5.154 dollari) e più bassa anche del Regno Unito (4.290 dollari). I livelli di spesa italiani sono invece in linea con quelli di altri paesi dell'Europa mediterranea: ad esempio, nel 2018, la Spagna ha una spesa sanitaria pubblica sul Pil pari al 6,1%, quella complessiva pari al 8,4% e una spesa sanitaria pro capite stimata, sempre per il 2018, a circa 3.430 dollari. In termini di investimenti, Viesti (2020) ha calcolato che la spesa pubblica è più o meno costante dal 2000 al 2007, aumenta lievemente fino al 2010 per poi diminuire progressivamente, passando da 3,4 miliardi nel 2010 a 1,4 miliardi di euro nel 2017.

Questi dati sono particolarmente significativi se si considera che la sanità è un settore in cui la crescita della spesa è pressoché inevitabile per la presenza di fattori quali l'invecchiamento progressivo della popolazione, così elevato nel caso italiano, e l'aumento dei costi legato all'innovazione tecnologica. In tale contesto, come riporta anche il saggio di Neri contenuto in questo numero della rivista, i tassi di crescita della spesa sanitaria pubblica in termini reali sono stati pressoché nulli tra il 2010 e il 2019 (+0,1% medio annuo, secondo i dati di Gimbe 2019), esprimendo chiaramente la politica di sotto-finanziamento o, de-finanziamento (Gimbe 2019), di cui è stato vittima il Ssn. In tale contesto, la crescita della spesa sanitaria privata (qualsiasi sia il giudizio che si voglia dare su un aumento di questa componente) non compensa la contrazione o il ristagno di quella pubblica.

Anche i dati sulle risorse non finanziarie confermano la limitatezza delle dotazioni a disposizione del nostro Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), soprattutto in termini comparati. Ad esempio, nel 2018 i posti letto ospedalieri risultavano pari a 3,1 per 1000 abitanti, un valore molto più basso di Germania

(8,0) e Francia (6,0) anche se più alto di quelli di Regno Unito (2,5) e Spagna (3,0). La riduzione dei posti letto non è un elemento di per sé negativo, anche se forse nel nostro paese è stata praticata in modo eccessivo, ma lo diventa se l'assistenza ospedaliera non viene adeguatamente sostituita da un sistema qualitativamente adeguato di servizi di cure primarie e di assistenza territoriale: questo è ciò che è accaduto spesso in Italia, nonostante l'approvazione di norme a sostegno dello sviluppo della medicina generale in forma associata, come quelle contenute nel decreto legislativo 158/2012, tradotto nella legge 189/2012 (la "legge Balduzzi").

Il personale sanitario risultava egualmente assai carente, in particolare nel caso degli infermieri, il cui numero stimato per il 2018 (5,8 per 1.000 abitanti) era molto inferiore a quello di Germania (13,1 nel 2017), Francia (10,5) e anche Regno Unito (7,8), ponendosi solo poco sopra la Spagna (5,7) (Oecd 2020). Secondo i dati del Rendiconto generale dello Stato, tra il 2009 e il 2018 i dipendenti del Ssn sono passati da 693.600 a 648.507, con una riduzione complessiva di 45.093 addetti: in termini percentuali si tratta di una riduzione pari al 6,5% del totale del comparto, una quota superiore a quella media (4,5%) del complesso delle pubbliche amministrazioni (Mef-Rgs 2019). Le contrazioni annuali più rilevanti dei dipendenti del Ssn si sono verificate tra il 2011 e il 2012 (-1,3%) e tra il 2014 e il 2015 (-1,6%). Dai dati MinSalute rielaborati da Vicarelli risulta poi che, se tra il 2010 e il 2017 la contrazione del personale del Ssn è stata di 42.861 unità (-6,6%), tra questi la riduzione del personale sanitario (-21.813 addetti, di cui 6.348 medici e odontoiatri e 10.373 infermieri) è stata in valori assoluti superiore a quella registrata dalla somma delle altre categorie in cui è raggruppato il personale, ossia personale professionale, tecnico e amministrativo (in tutto: -20.964 addetti) (cfr. Vicarelli in corso di stampa).

Come già notato in altra sede (Neri 2020), in condizioni "ordinarie", un sistema dotato di risorse così limitate e carenti riusciva ancora a fornire un contributo tutto sommato rilevante al conseguimento di esiti soddisfacenti in termini di salute della popolazione, seppure sempre più a fatica e con forti disegualianze sociali e territoriali (cfr. Terraneo 2018). Questi risultati avevano spinto a considerare il sistema sanitario italiano come uno dei migliori al mondo per *performance* complessiva, a partire dal famoso e pur contestato *report* dell'Organizzazione mondiale della sanità (Who 2000) fino a studi più recenti. Tuttavia, tali risultati si fondavano su un equilibrio ormai molto precario tra la domanda di prestazioni sanitarie e l'offerta di servizi.

Quando è esplosa la pandemia, questo equilibrio si è rotto in forma drammatica, evidenziando peraltro anche i limiti di un modello gestionale, quello aziendale, che ha finito spesso per privilegiare l'assistenza specialistica e ospedaliera rispetto alle cure primarie e alla prevenzione. Nella primavera del 2020, probabilmente non è un caso che le difficoltà siano state particolarmente acute per quei paesi che, come l'Italia, venivano da un decennio di politiche di austerità, a causa delle crisi

finanziarie del 2010-11 (pensiamo alla Spagna) o per scelte politiche ben precise (è il caso del Regno Unito). In circostanze normali questi sistemi sanitari hanno potuto fare affidamento sulle capacità di governo della domanda di prestazioni e su quelle di programmazione della spesa tipiche dei servizi sanitari nazionali, per un uso più “razionale” delle (poche) risorse a disposizione. Con la diffusione del contagio da coronavirus, a ritmi e con una gravità inattesi, la “parsimonia” nell’utilizzo delle risorse è diventata un fattore di forte criticità, privando il sistema di una riserva (soprattutto in ambito ospedaliero) cui attingere nell’emergenza. Di nuovo non a caso, almeno nella prima fase della pandemia, eccezionale e imprevedibile, se la sono cavata meglio sistemi mutualistici come quello tedesco e, almeno in parte, quello francese, ben più provvisti di risorse finanziarie, strutturali e di personale. In tale prospettiva, il concetto di slack organizzativo deve essere rivalutato nella sua importanza nelle organizzazioni e nei sistemi sanitari (cfr. Zinn, Flood 2009).

Oltre alla carenza di risorse, la pandemia ha fatto emergere ed acuitizzato molti nodi critici del sistema sanitario italiano. Il governo dell’emergenza, prima con il *lockdown* e poi con la “fase due” della ripresa hanno reso visibili agli italiani le tensioni esistenti nella *governance* del Ssn, tra Stato e Regioni. A questo riguardo, il contributo di Neri ricostruisce le diverse fasi del decentramento nel sistema sanitario italiano, che nel corso di oltre un quarantennio ha avuto una pluralità di assetti istituzionali concepiti per differenti finalità. L’analisi storico-processuale parte dall’assetto originario del Ssn istituito nel 1978 e arriva, attraverso diverse fasi, alla vigilia della pandemia, mostrando che i conflitti esplosi nel corso del 2020 hanno le loro radici in spinte contrapposte, cominciate quindici anni prima, da un lato alla ripresa di una regolazione centralizzata e dall’altra ad un decentramento ancora più marcato, nell’ottica dell’autonomia differenziata.

D’altro canto, la tendenza del governo centrale a gestire l’emergenza mediante atti unilaterali che tendono ad evitare il confronto, non solo con le autonomie locali ma anche e soprattutto con il Parlamento, non sono troppo dissimili da quelle, rilevate da Brunella Fiore nella sua introduzione a questo numero, ad organizzare la riapertura delle scuole mediante circolari e note ministeriali. Allo stesso tempo, come nella sanità e pur nelle indubbie diversità dell’architettura istituzionale, anche nel settore scolastico esistono le istituzioni scolastiche, dotate, come le istituzioni regionali, di ampia autonomia, con cui il centro deve necessariamente confrontarsi ed anzi inevitabilmente affidarsi per governare la pandemia e la ripresa delle attività ordinarie.

Nel Ssn le tensioni tra centro e periferia riguardano due enti di governo dotati entrambi di un vertice politico elettivo e di legittimazione politica autonoma che, come osserva Neri nel saggio, almeno nel caso delle Regioni è cresciuta agli occhi dei cittadini, durante la pandemia. Questo potrebbe portare alla deflagrazione del Ssn, oppure alla sua ricomposizione su basi differenti rispetto al passato, che dovrà comunque essere sempre basata su una *governance* articolata almeno su due livelli di governo.

La difficoltà di promuovere un cambiamento istituzionale, così come di implementare programmi di azione mediante una *governance* a più livelli emerge chiaramente dal saggio di Arlotti, Parma e Ranci, dedicato all'analisi di un programma sperimentale di sostegno alla non autosufficienza denominato "Home care premium" (HCP). Il programma è altamente innovativo non solo perché fondato su un sistema combinato e aggiuntivo di sostegno alle famiglie, articolato nella messa a disposizione di un trasferimento monetario vincolato (un voucher per il sostegno dei costi per l'assunzione regolare di assistenti alla cura) e di servizi (sotto forma di assistenza domiciliare, ausili ecc.), ma anche perché ha tentato di intervenire su una serie di storture delle politiche per la non autosufficienza in Italia, tradizionale tallone d'Achille del sistema sanitario e socio-sanitario, nonché settore cruciale per l'insieme del nostro welfare.

In particolare, come spiegano bene gli autori del saggio, HCP ha il merito di prevedere un sistema coordinato multi-livello in cui, per la prima volta, gli enti locali sono pienamente coinvolti nella gestione di un programma nazionale per la non autosufficienza. Tuttavia, nonostante non fosse previsto alcun obbligo di cofinanziamento, il tasso di adesione a livello locale presenta un'elevata variabilità territoriale, essendo stato maggiormente percepito al Sud e al Centro come un'opportunità da sfruttare e invece al Nord come un gravoso adempimento burocratico. La discrezionalità locale emerge anche nella valutazione del bisogno e quindi nell'assegnazione dei benefici attribuiti dal programma, nonostante la presenza di meccanismi di valutazione standardizzati a livello nazionale. Inoltre, anche il comportamento dei beneficiari è risultato per molti versi inatteso, con un numero di richieste di assegnazione del voucher assai inferiore al previsto: un comportamento forse non prevedibile, ma, argomentano gli autori, razionale alla luce del sistema di incentivi e vincoli cui i beneficiari sono sottoposti. D'altro canto, la difficoltà nel governare la domanda di prestazioni e nel prevedere i comportamenti individuali sono fenomeni ben noti nelle politiche sanitarie e socio-sanitarie così come, del resto, le possibili storture della discrezionalità locale, che in questo caso finisce per produrre diseguaglianze territoriali non attese in base al disegno del programma.

Le diseguaglianze nell'accesso e nell'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari tra le diverse Regioni è l'argomento del saggio di Consolazio, Sarti e Terraneo. Si tratta di un tema ovviamente cruciale in relazione alle richieste di autonomia differenziata, ma anche a quelle di un maggiore coordinamento centrale del Ssn, in un contesto in cui la letteratura ha mostrato una tendenza alla crescita delle diseguaglianze tra Nord e Sud tra la seconda metà degli anni novanta e il primo decennio del duemila (Pavolini, Vicarelli 2012; Toth 2014).

Utilizzando dati campionari Istat rispetto ad una serie di indicatori di assistenza, tra il 2005 e il 2013 si rileva un peggioramento complessivo nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari per i soggetti meno istruiti in alcune Regioni del Sud del Paese, in particolare Campania e Sicilia. In queste due

Regioni, la probabilità di usufruire di prestazioni come le visite specialistiche e i Pap test per un individuo con basso titolo di studio, rispetto ad uno con più alto livello di istruzione, è significativamente diminuita nell'arco di tempo osservato, a parità di condizioni di salute, età, genere e contesto regionale. Gli autori cercano poi di comprendere le ragioni per cui questo peggioramento riguarda proprio queste due Regioni, non fornendo risposte definitive ma chiamando in causa una serie di fattori tra la crisi economica iniziata nel 2008-09 e le specifiche difficoltà dei sistemi sanitari regionali del Mezzogiorno.

Pur essendo difficile trarre conclusioni più generali, dall'analisi emerge chiaramente come nel periodo della crisi economica si sarebbero acuite le diseguaglianze sanitarie a sfavore di alcuni gruppi che presentano per molti versi i maggiori rischi di ammalarsi, con una specifica componente dovuta alla residenza in alcune aree territoriali, tradizionalmente svantaggiate. A questo riguardo, non è facile prevedere quale sarà l'impatto della pandemia sulle diseguaglianze sanitarie; si può ipotizzare che la strategia (se così si può chiamare) dei servizi sanitari regionali di posticipare le prestazioni elettive per concentrarsi sul covid non avrà le stesse conseguenze su tutti i gruppi sociali, ma potrebbe avere ricadute maggiori sugli strati sociali meno abbienti, non in grado di rivolgersi al privato a pagamento. Molto più difficile è fare ipotesi su possibili conseguenze sulle diseguaglianze territoriali preesistenti, in una fase in cui peraltro la ripresa autunnale dell'epidemia sta coinvolgendo pesantemente anche il Mezzogiorno, a differenza della primavera del 2020.

Infine, il contributo di Bianca Maria Orciani, di carattere giuridico, concentra l'attenzione su una risorsa, quella del personale, essenziale all'interno di servizi dal carattere fortemente relazionale e ad alta intensità di lavoro come quelli sanitari: un tratto, peraltro, condiviso con quelli scolastici. A tale proposito, dopo anni di svalutazione del contributo fornito dal personale, di cui i tagli nella loro dotazione sono solo l'espressione più evidente, la pandemia ha riportato l'attenzione dei cittadini e delle autorità sull'importanza dei professionisti sanitari. Medici, infermieri, tecnici sanitari di diverso tipo hanno riguadagnato considerazione e prestigio, dopo anni di disaffezione da parte dell'opinione pubblica, se non di contestazione diffusa del proprio ruolo (Vicarelli 2017).

Tale rivalutazione, non si sa quanto duratura, e una ripresa del reclutamento in modo più esteso che negli ultimi quindici anni sono giunte in un momento in cui era in corso l'attuazione del percorso di riforma delle professioni sanitarie disegnato dalla legge 3/2018. In particolare, la costituzione di un ordine per la professione infermieristica, invece che un collegio (dotato di minori poteri) e l'istituzione di un nuovo ordine professionale unico per diciassette "nuove" professioni sanitarie sembra disegnare una divisione del lavoro e un sistema di governo interno del settore sanitario più equilibrato tra i medici e le "altre" professioni sanitarie. Queste sono ora dotate di organismi di autogoverno che riflettono il riconoscimento giuridico di autonome competenze e responsabilità. In

una fase di “rilancio” del Ssn quale dovrebbe essere quella post-pandemia, ciò dovrebbe favorire l’affermazione generalizzata di modalità di produzione delle prestazioni sanitarie basate su *équipe* multi-professionali.

Orciani sottolinea la scelta di conservare la regolazione basata su organismi di autogoverno di natura pubblica come gli ordini delle professioni del settore, messa fortemente in discussione negli ultimi decenni, anche in ambito europeo, nell’ottica di una liberalizzazione progressiva del mercato del lavoro e del mondo delle professioni. La scelta di promuovere un «ammodernamento» della disciplina e dell’organizzazione degli ordini, piuttosto che un superamento, esprime una fiducia nella loro capacità di porsi come garanti della qualità professionale e della correttezza deontologica degli interventi erogati, contribuendo così ad assicurare il diritto costituzionale alla salute.

Non mancano certo gli aspetti problematici, connessi alla natura «bivalente» degli ordini, che risultano ribaditi dalla normativa: il loro carattere fortemente pubblicistico, in quanto enti sussidiari dello Stato, convive infatti con il rafforzamento dei tradizionali tratti associativi, costringendo gli ordini a cercare costantemente un equilibrio tra strumentalità e rappresentatività nella loro azione. Inoltre, gli ordini sono inseriti in una fitta rete di rapporti che li colloca tra Stato e Regioni, avendo da un lato, come si è detto, un rapporto di strumentalità con lo Stato, ma dall’altro essendo potenzialmente soggetti alla potestà regionale, all’interno della quale sembra rientrare infatti la materia ordinistica. In questo senso, essi costituiscono un’ulteriore elemento di complessità nella *governance* del sistema sanitario, di cui occorre necessariamente tenere conto nella ricerca di una ricomposizione delle relazioni e di nuovi meccanismi di coordinamento tra centro e periferia, cui si è accennato, in grado di rilanciare il Servizio sanitario nazionale.

### **Riferimenti bibliografici**

Giarelli G. (2017), *1978-2018: quarant’anni dopo. Il Ssn tra definanziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione*, in «Autonomie Locali e Servizi Sociali», vol. 40, n. 3, pp. 455-82.

Gimbe (2019), *Quarto rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, Fondazione Gimbe, Bologna, <http://www.rapportogimbe.it/>, ultima consultazione: 10 ottobre 2020

Mef-Rgs (2019), *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2009-2018*, Ministero dell’Economia-Ragioneria generale dello Stato,

<https://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202009-2018.pdf>, ultima consultazione: 10 ottobre 2020

Neri S. (2019), *The Italian National Health Service after the Economic Crisis: From Decentralization to Differentiated Federalism*, in «E-Cadernos Ces», Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra, n. 31, pp. 147-69.

Neri S. (2020), *Emergenza coronavirus e transizione epidemiologica. Alcune riflessioni sul passato e per il futuro*, in «welforum.it», 28 luglio, <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/emergenza-coronavirus-e-transizione-epidemiologica/>, ultima consultazione: 10 ottobre 2020.

Oecd (2020), *Oecd Health Statistics*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, ultima consultazione: 13 ottobre 2020

Pavolini E., Vicarelli G. (2012), *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*, in «Current Sociology», vol. 60, n. 4, pp. 472-88.

Sarti S. (2017),

Terraneo M. (2018), *La salute negata? Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, Milano.

Toth F. (2014), *How Health Care Regionalisation in Italy Is Widening the North-South Gap*, in «Health Economics, Policy and Law», vol. 9, n. 3, pp. 231-49.

Vicarelli G. (2017), *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, in «Autonomie Locali e Servizi Sociali», vol. 40, n. 2, pp. 221-38.

Vicarelli G. (in corso di stampa), *Un principio disatteso: la valorizzazione delle risorse umane nel Ssn*, in «Rivista delle Politiche Pubbliche».

Viesti G. (2020), *Gli investimenti pubblici nella sanità italiana 2000-2017: una forte riduzione con crescenti disparità territoriali*, in «Menabò di Etica ed Economia»,

<https://www.eticaeconomia.it/gli-investimenti-pubblici-nella-sanita-italiana-2000-2017-una-forte-riduzione-con-crescenti-disparita-territoriali/> (ultima consultazione: 11 ottobre 2020)

Who (2000), *The world health report 2000 - Health systems: improving performance*, Who, Geneva, <https://www.who.int/whr/2000/en/>

Zinn J., Flood A.B. (2009), *Commentary: Slack Resources in Health Care Organizations—Fat to Be Trimmed or Muscle to Be Exercised?*, in «Health Services Research», vol. 44, n. 3, pp. 812-20.