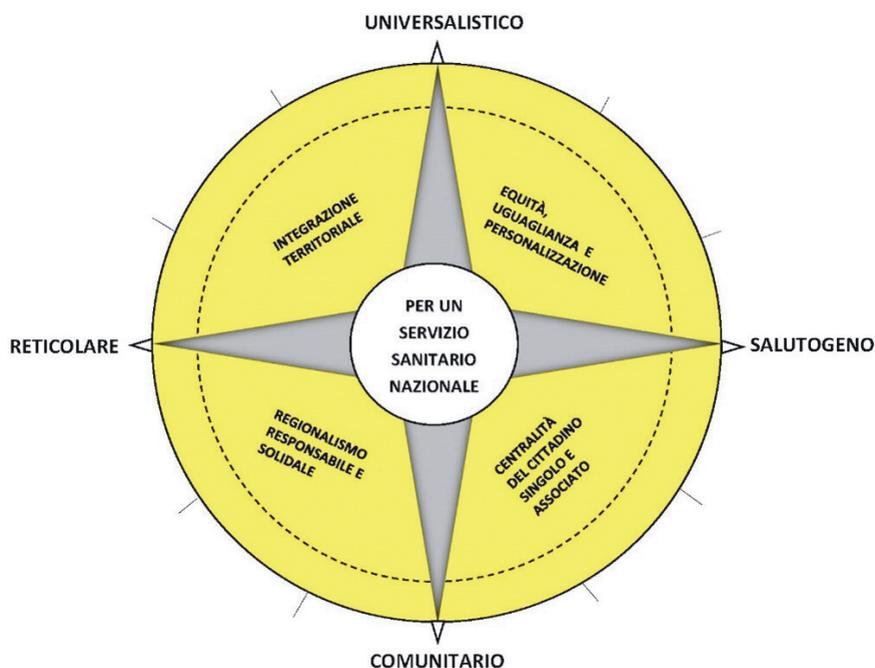


# Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di  
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli



**FrancoAngeli**  
OPEN ACCESS



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

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

Per saperne di più:

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

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

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

Problemi e proposte

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

**FrancoAngeli**  
OPEN  ACCESS

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

In copertina: elaborazione grafica dei curatori

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

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

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

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

# Indice

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

**8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione**, di *Arianna Radin* pag. 77

## **II. Linee strategiche per il rilancio del SSN**

**9. Ambiente e promozione della salute**, di *Giorgio Osti e Marco Ingrosso* » 85

**10. Il territorio e la salute di comunità**, di *Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti* » 93

**11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute**, di *Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina* » 99

**12. L'innovazione digitale per la governance del SSN**, di *Monica Murero e Veronica Moretti* » 105

**13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare**, di *Linda Lombi* » 110

**Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN**, di *Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli* » 117

**Notizie sugli autori** » 143

# *Introduzione. Un Libro Bianco perché*

di *Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli*

La Sezione di Sociologia della salute e della medicina (SSM)<sup>1</sup> dell'AIS (Associazione italiana di sociologia) ha tra i suoi scopi istituzionali quello di sviluppare la ricerca scientifica sui sistemi sanitari contemporanei, partecipando alla costruzione di politiche volte a rispondere, con coerenza ed efficacia, ai bisogni di salute della popolazione.

Con tali obbiettivi di contenuto (che cosa studia) e di soggetti di riferimento (per chi), la sezione intende far proprio il concetto di Sociologia pubblica coniato dai classici e ribadito da Michael Burawoy (2004). Una sociologia, cioè, in grado di cogliere le esigenze primarie di una società e di seguire (se non anticipare) le sue trasformazioni reali, così da acquisire le informazioni e le competenze utili alla formulazione delle politiche pubbliche, partecipando, direttamente o indirettamente, alla soluzione dei problemi emergenti. Dunque, come ha scritto Sgritta (2013) una sociologia in costante «presa diretta» con la società in cui opera.

È in coerenza con tale modalità di essere che la Sezione ha deciso di produrre un Libro Bianco che, da un lato, sintetizzasse la configurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) al momento della pandemia da Covid-19 (prima parte) e, dall'altro, proponesse alcune linee strategiche di intervento nell'ottica di cogliere, nelle difficoltà della crisi sanitaria in corso,

---

<sup>1</sup> La Sezione è stata costituita nel 2005 ad Ancona: primo coordinatore Giovanna Vicarelli dell'Università Politecnica delle Marche, cui farà seguito, Costantino Cipolla dell'Università di Bologna, Cleto Corposanto dell'Università di Catanzaro e Mario Cardano dell'Università di Torino. Il Consiglio scientifico attuale (eletto nel mese di maggio 2020) è coordinato da Guido Giarelli dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro. Ne fanno parte: Micol Bronzini dell'Università Politecnica delle Marche, Carmine Clemente dell'Università di Bari, Veronica Moretti dell'Università di Bologna, Stefano Neri dell'Università di Milano, Alessandra Sannella dell'Università di Cassino, Alice Scavarda dell'Università di Torino, Mara Tognetti dell'Università "Federico II" di Napoli. Sono inoltre membri invitati permanenti Rita Biancheri, Marco Ingresso, Tatiana Pipan e Giovanna Vicarelli.

l'opportunità di riallineare il SSN alle esigenze di una società che è andata profondamente cambiando dagli anni Settanta ad oggi (seconda parte).

La dimensione di analisi assunta (ad un tempo storica e prospettica) poggia sul lavoro di una task force<sup>2</sup> che è stata costituita appositamente e che ha iniziato il suo lavoro nel mese di luglio 2020, presentando i primi risultati di ricerca nel convegno annuale della Sezione che si è tenuto il 15 settembre dello stesso anno.

I contributi di ricerca, presentati nella prima parte del Libro Bianco, scaturiscono da una metodologia di analisi di carattere analitico-comparativo. Tale modalità, propria delle scienze sociali e comportamentali, parte dall'assunto che esistono, per alcuni fenomeni (sistemi di welfare, politiche sanitarie, professioni ecc.) diverse varianti, così che occorre formulare concetti e schemi che descrivano questi fenomeni cercando di isolare e controllare le possibili variabili che permettano di comprenderli o spiegarli, stabilendo (quando possibile) una rilevanza causale. Nel caso specifico, è stata assunta una modalità di analisi storico-comparativa che fa riferimento a quegli studi degli anni Novanta (Sewell 1996; 2008) secondo i quali la vita sociale può essere concettualizzata come composta di innumerevoli avvenimenti o incontri in cui persone o gruppi di persone si relazionano ed agiscono. Le loro azioni sono determinate dalle strutture sociali e molti avvenimenti riproducono le strutture sociali e culturali senza cambiamenti significativi. Gli eventi, invece, sono quella rara classe di avvenimenti che trasformano in modo significativo le strutture sociali esistenti. Di conseguenza l'attenzione agli eventi significa attenzione alle relazioni tra gli aspetti micro e macrosociali (l'azione dei soggetti può riconfigurare le preesistenti modalità sociali e viceversa) il cui legame può essere colto attraverso la sfera temporale. Ciò significa portare l'attenzione su tre differenti registri (le condizioni strutturali preesistenti, le condizioni congiunturali, le azioni strategiche degli attori) che rimandano a ritmi temporali diversi, l'uno di lungo periodo, l'altro di medio periodo, l'altro di breve. L'idea di fondo, è che gli eventi siano *path dependent* nel senso che ciò che accade prima ha effetto su ciò che accadrà dopo.

Da sociologi della salute e della medicina, dunque, la domanda che ci si è posti è se l'infezione da Covid-19 possa essere interpretata come un evento in grado di trasformare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o meglio le attuali forme di garanzia e di tutela della salute in Italia. I tempi non sono maturi perché si possa dare una risposta a tale interrogativo poiché bisognerà

---

<sup>2</sup> La *task force* coordinata da Giovanna Vicarelli vede come suoi componenti Marco Arlotti, Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Guido Giarelli, Marco Ingresso, Michele Marzulli, Veronica Moretti, Monica Murero, Stefano Neri, Giorgio Osti, Valeria Quaglia, Arianna Radin, Elena Spina, Marco Terraneo, Mara Tognetti.

osservare come si dispiegheranno i nuovi avvenimenti cioè le configurazioni relazionali (tra individui e gruppi) all'interno del sistema sanitario italiano e non solo. Ciò che si può fare, tuttavia, è che è stato l'oggetto delle ricerche sviluppate dalla *task force*, è ricostruire i contesti strutturali e contingenti antecedenti la pandemia, così come le azioni strategiche avviate durante la crisi sanitaria dagli attori istituzionali coinvolti (Stato e Regioni in primo luogo) per verificarne le possibili connessioni e influenze.

È in questa ottica che, nella prima parte del Libro Bianco si considera in che modo i diversi sistemi sanitari europei hanno saputo o meno rispondere all'arrivo della pandemia, per passare, quindi, all'analisi dei punti di forza e di debolezza del regionalismo sanitario italiano di fronte al Covid-19. Successivamente, si affronta il tema delle disuguaglianze sociali di salute che la pandemia ha messo a nudo, quali conseguenza, anche, dei più recenti processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza primaria. In tal senso, una attenzione a parte viene riservata al caso lombardo, considerato per molti aspetti emblematico della crisi sanitaria in corso. Il ruolo svolto dai medici e dalle professioni sanitarie, nonché le politiche regionali in merito al volontariato sociosanitario, costituiscono i temi cruciali dell'ultima sezione di questa parte del lavoro.

Nella seconda sezione del volume si presentano cinque possibili linee di azione che fanno esplicito riferimento al piano di rilancio del SSN che il Ministero della salute sta mettendo a punto in vista della presentazione del Recovery Fund. Azioni strategiche che hanno un ruolo prioritario nella sfida dell'accesso ai finanziamenti europei, dal momento che il capitolo "Salute" è tra le macro-linee approvate dal Comitato Interministeriale per gli Affari Europei. Tali azioni riguardano, da un lato, l'ambiente e la promozione della salute, l'assistenza di comunità e quella ospedaliera; dall'altro, il ruolo che può giocare la digitalizzazione e, soprattutto, la ricerca nella riconfigurazione del SSN. Le proposizioni espresse in questa seconda parte del Libro Bianco derivano, non solo, dalla dimensione di "sociologia pubblica" che la Sezione ha fatto propria, ma dalla adozione di un esplicito approccio di sociologia riflessiva. Ciò significa, citando Bourdieu (1992), che più *dell'opus operatum* è *l'opus operandi* che conta, cioè il modo di generare teoria dal confronto con il campo, di osservare il mondo con gli strumenti di conoscenza che via via si elaborano, si testano e si modificano (Santoro 2014). Se il mondo è relazionale e attraverso le relazioni si costruisce, anche chi osserva tale mondo può contribuire attivamente alla sua trasformazione sia culturale che sostanziale.

In conclusione, la Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell' AIS intende contribuire, con i lavori qui presentati, allo sforzo

straordinario di intelligenza collettiva che sembra oggi necessario al paese per orientare il rilancio del SSN all'interno di una «ricostruzione» che faccia fronte ai meccanismi di *social disruption* già all'opera nella società italiana ben prima di questa pandemia.

### **Bibliografia di riferimento**

- Burawoy M. (2004), *American Sociological Association Presidential Address: For Public Sociology*, «American Sociological Review», 70, 1, pp. 4-28.
- Bourdieu P. (1992), *Risposte. Per una antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Santoro M. (2014), *La sociologia come pratica riflessiva e le trasformazioni del campo sociologico*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 1, pp. 7-20.
- Sewell W.H. (1996), *Historical Events as Transformations of Structures : Inventing Revolution at the Bastille*, «Theory and Society», 25, pp. 841-881.
- Sewell W.H. (2008), *Logiche della storia. Eventi, strutture e cultura*, Mondadori, Milano.
- Sgritta G. (2013), *Per la Sociologia pubblica?*, «Sociologia Italiana», 1, pp. 105-125.

*I. L'impatto della pandemia  
da Covid-19 sul SSN*



# *1. I sistemi sanitari europei di fronte all'emergenza Covid-19: elementi di riflessione*

di Guido Giarelli\*

## **1. L'impatto della pandemia nelle cinque macroregioni sanitarie europee**

Interrogarsi su quale sia stato l'impatto della pandemia da Covid-19 – ancora pienamente in corso – negli altri paesi dell'Unione Europea<sup>1</sup> appare quanto mai necessario per collocare il caso italiano in una prospettiva comparata in grado di offrirci utili elementi di riflessione relativi a come i diversi sistemi sanitari hanno affrontato l'emergenza indotta dalla pandemia e quali conseguenze è possibile trarne. A tal fine, organizzeremo la nostra analisi sulla base del concetto di “*macroregione sanitaria*”, intesa come famiglia di “*sistemi di salute*” transnazionali simili, ovvero di quel complesso di fattori di natura multidimensionale che influenzano la salute-malattia di una popolazione. Si tratta di uno strumento euristico che ci consente di andare oltre gli ormai sempre più ristretti confini degli Stati-nazione – quali unità geopolitiche di riferimento fondamentali per l'analisi comparata – nell'era della globalizzazione, permettendoci di rilevare le affinità storiche consolidate che attraversano tali confini a diversi livelli: demografico (struttura della popolazione, aspettativa di vita, indice di invecchiamento), epidemiologico (tassi di mortalità e di morbilità), strutturale (tipo di sistema sanitario, connessioni con il sistema politico e il sistema economico), soggettivo (stili di vita, comportamenti collettivi) e culturale (culture della salute).

---

\* Si ringrazia per le elaborazioni statistiche effettuate Marilyn Mantineo, assegnista di ricerca dell'Università “Magna Graecia” di Catanzaro.

<sup>1</sup> Ci riferiremo qui all'Unione Europea in senso allargato, inclusi cioè i paesi considerati partner preferenziali quali Norvegia, Islanda e Svizzera, nonché il Regno Unito con il quale sono in corso complesse trattative dopo la Brexit. Non considereremo invece i paesi balcanici dell'ex-Yugoslavia e dell'Albania, data la complessa transizione che stanno tutt'ora attraversando; né le ex-repubbliche sovietiche dell'Ucraina, della Moldavia e della Bielorussia, dato il loro perdurante legame con la Russia, paese eurasiatico: entrambi meriterebbero probabilmente una trattazione a parte quali ulteriori macroregioni sanitarie.

Sulla base di tali dimensioni di affinità, possiamo classificare i diversi sistemi di salute europei in cinque macroregioni principali<sup>2</sup>:

- 1) la *macroregione sanitaria anglo-irlandese*: comprendente il Regno Unito e l'Irlanda;
- 2) la *macroregione sanitaria scandinava*: comprendente Norvegia, Danimarca, Svezia, Islanda e Finlandia;
- 3) la *macroregione sanitaria centro-occidentale*: comprendente Francia, Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo, Svizzera, Germania e Austria;
- 4) la *macroregione sanitaria centro-orientale*: comprendente Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Croazia, Ungheria, Polonia, Romania, Bulgaria, Estonia, Lettonia e Lituania;
- 5) la *macroregione sanitaria mediterranea*: comprendente Italia, Spagna, Portogallo e Grecia.

Considereremo qui esclusivamente la dimensione di affinità di natura epidemiologica<sup>3</sup> nell'impossibilità, per i limiti di spazio assegnati, di una trattazione completa che considerasse anche le altre dimensioni: il che dovrebbe comunque consentirci di rilevare l'impatto della pandemia da Covid-19 nelle diverse macroregioni sanitarie europee considerando le altre dimensioni come costanti, interrogandoci sull'esistenza o meno di differenze significative di incidenza per arrivare a verificare se essa abbia colpito in maniera differenziata sia le diverse macroregioni che, eventualmente, all'interno delle stesse.

### *1.1 La macroregione sanitaria anglo-irlandese*

Questa macroregione è in realtà un coacervo di situazioni tra loro piuttosto variegate, sia all'interno del Regno Unito (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord), che tra questo e la Repubblica d'Irlanda.

---

<sup>2</sup> Il che non significa che non sia possibile poi individuare differenze anche rilevanti, all'interno di ciascuna macroregione, di carattere nazionale, regionale e locale.

<sup>3</sup> Per la dimensione epidemiologica, in particolare, ci baseremo sull'analisi comparata di nostra elaborazione di cinque indicatori (n. di casi, % casi/popolazione, n. di morti, % morti/casi, % morti/popolazione) di fonte OMS (WHO Coronavirus Disease COVID-19 Dashboard, <https://covid19.who.int/info>) e di un sesto indicatore relativo al rapporto tra test diagnostici e popolazione sulla base di dati di fonte nazionale e del data base EUROSTAT (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/>), presentando in sintesi la situazione epidemiologica della pandemia nei diversi paesi europei aggiornata al 7 novembre 2020.

Come mostra la tab. 1, la differenziazione tra i due paesi si riflette anche nel diverso e maggior impatto della pandemia nel caso del Regno Unito (1.123.201 casi di contagio pari all'1,68% della popolazione) rispetto al caso irlandese (64.046 casi, pari all'1,29% della popolazione); ma, soprattutto, nella mortalità, che vede questa macroregione al primo posto in Europa (3,65% dei casi di contagio) a causa in special modo del Regno Unito, con ben 48.120 morti, pari al 4,28% dei casi di contagio, mentre l'Irlanda con 1.933 morti, pari al 3% dei casi di contagio, risulta aver avuto una mortalità inferiore, anche se pure piuttosto elevata. Migliore appare infine la capacità diagnostica del National Health Service del Regno Unito di effettuare tamponi (con il 45,14% della popolazione testata) rispetto al sistema sanitario di tipo assicurativo irlandese (34,32% della popolazione testata)<sup>4</sup>.

Tab. 1 – La macroregione sanitaria anglo-irlandese

<i>Paese</i>	<i>Casi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Casi/ pop. (%)</i>	<i>M orti</i>	<i>Morti/ casi (%)</i>	<i>Morti/ pop. (%)</i>	<i>Test</i>	<i>Test/ pop. (%)</i>
<b>Regno Unito</b>	1.123.201	67.025.542	1,68	48.120	4,28	0,07	30.253.412	45,14
<b>Irlanda</b>	64.046	4.963.839	1,29	1.933	3,02	0,04	1.703.661	34,32
<i>media</i>	593.624		1,48	25.027	3,65	0,06	15.978.537	39,73

## 1.2 La macroregione sanitaria scandinava

A fronte di un numero di casi di contagio come pure di mortalità relativamente più ridotto rispetto alle altre macroregioni sanitarie, spiccano in negativo i casi della Svezia (141.764 casi, pari all'1,37% della popolazione; e 6.002 morti, pari al 4,23% dei casi di contagio) e dell'Islanda (5.017 casi, pari all'1,38% della popolazione; ma solo 18 morti, pari allo 0,88% della popolazione). Dal punto di vista della popolazione testata, la situazione appare più variegata, con i due estremi della Svezia (solo il 5,79% della popolazione testata) e della Danimarca (ben il 94,15% della popolazione testata); e gli altri paesi collocati in posizioni intermedie (tab.2). Con l'eccezione soprattutto svedese, si può comunque affermare che i sistemi sanitari scandinavi di natura pubblica e universalistica hanno saputo reagire positivamente alla pandemia.

<sup>4</sup> Anche se è opportuno precisare che non necessariamente il numero di test effettuati corrisponde al numero di persone effettivamente testate (salvo dove diversamente indicato), dal momento che una persona potrebbe aver effettuato più tamponi.

Tab. 2 – La macroregione sanitaria scandinava

<i>Paese</i>	<i>Casi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Casi/ pop. (%)</i>	<i>Morti</i>	<i>Morti/ casi (%)</i>	<i>Morti/ pop. (%)</i>	<i>Test</i>	<i>Test/ pop. (%)</i>
<b>Svezia</b>	141.764	10.327.589	1,37	6.002	4,23	0,06	597.850*	5,79
<b>Danimarca</b>	51.753	5.822.763	0,89	733	1,42	0,01	5.482.153	94,15
<b>Norvegia</b>	22.575	5.267.580	0,43	284	1,26	0,01	1.757.152*	33,36
<b>Finlandia</b>	17.119	5.525.292	0,31	361	2,11	0,01	1.593.399	28,84
<b>Islanda</b>	5.017	364.134	1,38	18	0,36	0,00	193.263	53,07
<i>Media</i>	47.646		0,88	1.480	1,88	0,02	1.924.763	43,04

\*persone testate

### 1.3 La macroregione sanitaria centro-occidentale

Si tratta della macroregione con il maggior tasso di casi di contagio rispetto alla popolazione (2,38%), in particolar modo nei casi più eclatanti del Belgio (479.246 casi, pari al 4,15% della popolazione) e del Lussemburgo (21.147 casi, pari al 3,39% della popolazione); mentre il tasso di mortalità risulta generalmente meno elevato, a parte il caso sempre del Belgio (12.520 morti, pari al 2,61% dei casi di contagio) e della Francia (38718 morti, pari al 2,47% dei casi) (tab. 3). La copertura della popolazione in termini di test diagnostici risulta mediamente abbastanza elevata (27,7%), in particolare in Lussemburgo, dove arriva addirittura al 179,31%. Nel complesso, il tutto pare indicare una discreta capacità di tenuta di fronte alla pandemia da parte di questi sistemi sanitari bismarckiani fondati sulle assicurazioni sociali sul piano terapeutico, a fronte di una minore capacità di prevenzione e controllo della diffusione del virus.

### 1.4 La macroregione sanitaria centro-orientale

In questa macroregione la diffusione del contagio risulta essere comparativamente limitata (1,32% della popolazione), tranne che nel caso della Repubblica Ceca (con 391.945 casi, pari al 3,67% della popolazione). La mortalità appare invece più elevata, in special modo in Romania (con 7.540 morti, pari al 2,72% dei casi), in Ungheria (2.250 morti, pari 2,26% dei casi) e in Bulgaria (con 1518 morti, pari al 2,22% dei casi) (tab. 4). I dati sembrano confermare la lenta e spesso problematica transizione di questi sistemi sanitari dal precedente “modello Semashko” di matrice sovietica a sistemi di assicurazioni sociali sul modello bismarckiano, come mostra anche il basso

tasso di copertura diagnostica della popolazione (19%), specie in Bulgaria (11,09%) e in Ungheria (11,95%).

Tab. 3 – La macroregione sanitaria centro-occidentale

<i>Paese</i>	<i>Casi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Casi/ pop. (%)</i>	<i>Morti</i>	<i>Morti/ casi (%)</i>	<i>Morti/ pop. (%)</i>	<i>Test</i>	<i>Test/ pop. (%)</i>
<b>Polonia</b>	466.679	37.958.138	1,23	6.842	1,47	0,018	4.845.330*	12,76
<b>Romania</b>	276.802	19.317.984	1,43	7.540	2,72	0,039	3.341.867	17,30
<b>Estonia</b>	5.464	1.328.976	0,41	73	1,34	0,005	273.669	20,59
<b>Lettonia</b>	7.119	1.907.675	0,37	88	1,24	0,005	487.554	25,56
<b>Lituania</b>	19.091	2.794.090	0,68	186	0,97	0,007	1.080.306	38,66
<b>Ungheria</b>	99.625	9.769.526	1,02	2.250	2,26	0,023	1.167.641	11,95
<b>Slovacchia</b>	68.734	5.457.873	1,26	286	0,42	0,005	870.094	15,94
<b>Slovenia</b>	41.094	2.095.861	1,96	341	0,83	0,016	392.445	18,72
<b>Rep. Ceca</b>	391.945	10.693.939	3,67	4.330	1,10	0,040	2.472.293	23,12
<b>Croazia</b>	59.415	4.058.165	1,46	683	1,15	0,017	541.605*	13,35
<b>Bulgaria</b>	68.345	6.951.482	0,98	1.518	2,22	0,022	770.726	11,09
<i>Media</i>	136.756		1,32	2.194	1,43	0,02	1.476.685	19,00

\*persone testate

Tab. 4 – La macroregione sanitaria centro-orientale

<i>Paese</i>	<i>Casi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Casi/ pop. (%)</i>	<i>Morti</i>	<i>Morti/ casi (%)</i>	<i>Morti/ pop. (%)</i>	<i>Test</i>	<i>Test/ Pop. (%)</i>
<b>Germania</b>	619.089	83.166.711	0,74	11.096	1,79	0,01	21.882.967	26,31
<b>Francia</b>	1.567.332	67.098.824	2,34	38.718	2,47	0,06	18.177.555	27,09
<b>Belgio</b>	479.246	11.549.888	4,15	12.520	2,61	0,11	5.165.627	44,72
<b>Paesi Bassi</b>	390.023	17.407.585	2,24	7.759	1,99	0,04	2.692.871*	15,47
<b>Svizzera</b>	201.801	8.606.033	2,34	2.334	1,16	0,03	2.157.721	25,07
<b>Austria</b>	132.280	8.901.064	1,49	1.251	0,95	0,01	2.396.015	26,92
<b>Lussemburgo</b>	21.147	624.108	3,39	177	0,84	0,03	1.119.084	179,31
<i>Media</i>	487.274		2,38	10.551	1,69	0,04	6.859.040	49,27

\*persone testate

### 1.5 La macroregione sanitaria mediterranea

Si tratta della macroregione con la seconda maggiore diffusione dopo quella centro-occidentale dei contagi in rapporto alla popolazione (1,54%), con la punta della Spagna (con 1.306.316 casi, pari al 2,76% della popolazione) (tab. 5). Anche dal punto di vista della mortalità si colloca al secondo posto, dopo quella anglo-irlandese, con il 2,73% dei casi: ma qui la punta è rappresentata dall'Italia, che con il 4,87% dei casi risulta essere tristemente la prima in Europa per mortalità. Buona invece appare la copertura diagnostica della popolazione (24,56%), specie in Portogallo (33,82%) e in Spagna (30,05%), mentre anche qui l'Italia ha il primato negativo dell'ultimo posto nella macroregione con una copertura di solo il 16,86% della popolazione.

Tab. 5 – La macroregione sanitaria mediterranea

<i>Paese</i>	<i>Casi</i>	<i>Popolazione</i>	<i>Casi/ pop. (%)</i>	<i>Morti</i>	<i>Morti/ casi (%)</i>	<i>Morti/ pop. (%)</i>	<i>Test</i>	<i>Test/ pop. (%)</i>
<b>Spagna</b>	1.306.316	47.329.981	2,76	38.486	2,95	0,08	14.222.229	30,05
<b>Italia</b>	824.879	60.244.639	1,37	40.192	4,87	0,07	10.155.58*	16,86
<b>Portogallo</b>	161.350	10.295.909	1,57	2.740	1,70	0,03	3.482.414	33,82
<b>Grecia</b>	49.807	10.709.739	0,47	702	1,41	0,007	1.876.471	17,52
<i>Media</i>	585.588		1,54	20.530	2,73	0,05	7.434.175	24,56

\*persone testate

A questo punto, se effettuiamo un sintetico confronto riassuntivo tra le cinque diverse macroregioni (tab. 6), possiamo notare due tipi di variazione. Anzitutto, una *variazione interregionale*, significativa sia per quanto riguarda la diffusione dei casi di contagio in rapporto alla popolazione (con un *range* che va dallo 0,88% della macroregione scandinava al 2,38% di quella centro-occidentale), che per la mortalità (qui il *range* va dall'1,43% della macroregione centro-orientale al 3,65% di quella anglo-irlandese). I sistemi sanitari che risultano essere in maggiore sofferenza di fronte alla pandemia sono dunque quelli della macroregione centro-occidentale per quanto riguarda la diffusione dei casi di contagio e quelli della macroregione anglo-irlandese per quanto riguarda la mortalità, con un dato significativo a questo riguardo anche della macroregione mediterranea (2,73%). Anche per quanto riguarda la copertura diagnostica della popolazione, il *range* denota una ampia variazione interregionale, che va dal 19% della macroregione centro-orientale al 49,27% di quella centro-occidentale: qui è la prima a evidenziare

una scarsa capacità di controllo della diffusione della pandemia mediante l'esecuzione dei test diagnostici.

Tab. 6 – Analisi comparata delle cinque macroregioni sanitarie europee

	Dev.			Dev.			Dev.		
	Media casi/ pop. (%)	stand. casi/ pop. (%)	Coeff. di variaz. (%)	Media morti/ casi (%)	stand. morti/ casi (%)	Coeff. di var- iaz. (%)	Media test/ pop. (%)	stand. test/ pop. (%)	Coeff. di variaz. (%)
<b>Anglo-irlandese</b>	1,48	0,27	0,18	3,65	0,02	0,42	39,73	7,65	0,19
<b>Scandinava</b>	0,88	0,50	0,57	1,88	1,46	1,66	43,04	33,15	0,77
<b>Centro-occidentale</b>	2,38	1,13	0,47	1,69	0,72	0,42	27,70	10,59	0,38
<b>Centro-orientale</b>	1,32	0,91	0,69	1,43	0,69	0,48	19,00	8,03	0,42
<b>Mediterranea</b>	1,54	0,94	0,61	2,73	1,58	0,57	24,56	8,66	0,35

I suddetti dati medi nascondono, tuttavia, una altrettanto significativa *variazione intraregionale*, espressa ancor più e meglio che dalle deviazioni standard dai coefficienti di variazione (standardizzati per le rispettive medie) al fine di renderle comparabili. Come mostra sempre la tab.6, per quanto riguarda la diffusione dei casi di contagio la variazione più elevata si riscontra nella macroregione centro-orientale (0,69%) mentre quella più bassa è rappresentata da quella anglo-irlandese (0,18%). Relativamente alla mortalità, la variazione maggiore è rappresentata dalla macroregione scandinava (1,66%) a fronte di una variazione minima di quella anglo-irlandese e centro-occidentale (entrambe 0,42%). Infine, per quanto riguarda la capacità diagnostica, la variazione maggiore appare quella della macroregione scandinava (0,77%), mentre quella minima risulta essere quella anglo-irlandese (0,19%).

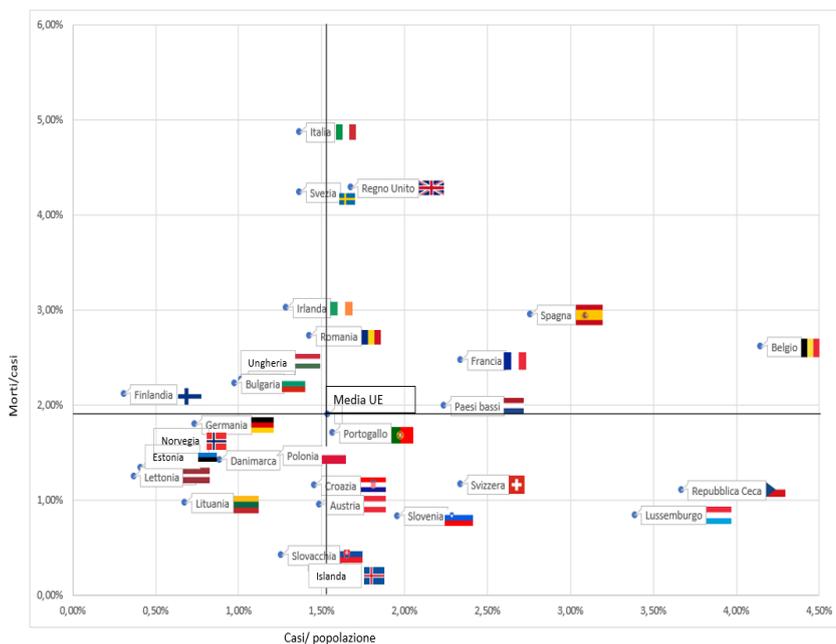
I casi di macroregioni sanitarie con i coefficienti di variazione maggiore denotano quindi livelli di variazione intraregionale più elevati: ovvero, livelli di eterogeneità maggiore tra i diversi sistemi sanitari al loro interno nella loro capacità di fronteggiare la pandemia, ascrivibili alla macroregione centro-orientale per quanto riguarda la diffusione del contagio, a quella scandinava sia per la mortalità che per la capacità diagnostica. Non ci è qui possibile indagare più nel dettaglio su quali fattori siano all'origine di tali maggiori

variazioni intraregionali: possiamo soltanto ipotizzare che essi vadano probabilmente ricercati in quelle dimensioni di affinità macroregionale (demografica, strutturale, soggettiva e culturale) che non abbiamo potuto prendere in considerazione.

## 2. I “casi-sentinella” nazionali

Dati gli alti livelli di variazione intraregionale riscontrati, ci è parso opportuno aggiungere anche un’analisi per paesi, individuando in particolare quelli i cui dati epidemiologici rivelano un elevato livello di problematicità da parte dei rispettivi sistemi sanitari nell’affrontare la pandemia. A tal fine, abbiamo ritenuto di disporre i tassi relativi ai casi di contagio in rapporto alla popolazione sull’asse orizzontale e i tassi dei casi di mortalità in rapporto ai casi di contagio su quello verticale del diagramma a dispersione della fig. 1, nel quale ciascun paese è collocato in uno dei quattro quadranti così ottenuti rispetto alle medie europee dei due assi cartesiani.

Fig. 1 – Connessione tra casi/popolazione e morti/casi in ciascun paese europeo



È evidente che i casi maggiormente problematici – che definiremo “casi sentinella”, data la loro valenza significativa – sono i cinque collocati nel quadrante in alto a destra, nel quale si trovano i paesi che hanno avuto sia il livello più elevato di casi di contagio in rapporto alla popolazione sia di mortalità in rapporto ai casi: ovvero, Regno Unito, Spagna, Belgio, Francia e Paesi Bassi. Su ciascuno di questi cinque casi occorrerebbe focalizzare l’attenzione per capire quali siano state le ragioni all’origine di tale impatto particolarmente negativo della pandemia in quei paesi e quali problematiche abbiano incontrato i loro sistemi sanitari. Il fatto che abbiano riscontrato sia un’alta diffusione dei contagi che un’alta mortalità (variamente combinati a seconda dei casi) induce a ritenere che sia a livello di prevenzione e di controllo della pandemia sia a livello terapeutico tali sistemi sanitari non siano stati all’altezza della situazione.

Un secondo gruppo di “casi-sentinella” meno serio ma ugualmente problematico è rappresentato da quei paesi collocati nel quadrante in alto a sinistra – ovvero Italia, Svezia, Irlanda, Romania, Ungheria, Bulgaria e Finlandia – in quanto, pur avendo avuto un numero di casi di contagio meno elevato in rapporto alla popolazione, sono risultati avere tassi di mortalità particolarmente alti, anche se a diversi livelli: si può forse ipotizzare che ciò sia stata la conseguenza di una inadeguatezza terapeutica dei rispettivi sistemi sanitari a livello ospedaliero, ma anche la conseguenza di un possibile ritardo nella capacità di rilevare in tempo utile il contagio sul territorio.

Un terzo gruppo ugualmente problematico, anche se di minor gravità, di “casi-sentinella” è infine rappresentato dai paesi collocati nel quadrante in basso a destra – ovvero Repubblica Ceca, Lussemburgo, Svizzera, Slovenia e Portogallo – che hanno avuto un numero di casi superiore alla media europea, ma in compenso tassi relativamente contenuti di mortalità: in questi casi si può ipotizzare un probabile problema di prevenzione e di controllo della diffusione del contagio, a fronte di una relativamente tempestiva ed efficace capacità terapeutica.

Da una nostra elaborazione comparata effettuata sulla base dei sei gruppi di indicatori proposti dallo European Observatory on Health Systems and Policies di Londra<sup>5</sup> relativi ai sistemi sanitari europei – misure di prevenzione della trasmissione del virus, efficienza delle infrastrutture e del personale sanitario, efficacia dei servizi sanitari, livello di finanziamento e sua ripartizione tra i servizi sanitari, governance del sistema sanitario e misure

---

<sup>5</sup> WHO-Europe, EU Commission & European Observatory on Health Systems and Policies, *COVID-19 Health Systems Response Monitor*, HSRM (<https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>).

adottate in altri settori – non sono emerse correlazioni univoche fra tali indicatori ed i livelli di contagio e di mortalità che abbiamo sopra indicato. Sarebbe dunque necessario un approfondimento di natura anche qualitativa per riuscire a comprendere in maniera adeguata a quali costellazioni di fattori (più che semplicemente a singoli fattori isolati) nelle diverse dimensioni di affinità indicate all’inizio sia possibile ascrivere i “casi-sentinella” che abbiamo individuato ad una prima analisi comparata di natura esclusivamente quantitativa.

## *2. Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza*

di *Giovanna Vicarelli*

### **Introduzione**

L'obiettivo del presente contributo è quello di comprendere il ruolo dello Stato e delle Regioni, quali principali attori istituzionali, nella crisi generata dal SARS-CoV-2. Tale analisi non può prescindere dalla considerazione di fattori istituzionali ed organizzativi che hanno inciso sulle scelte effettuate, pur tenendo conto delle straordinarie peculiarità della attuale pandemia del tutto differente dalle precedenti riconducibili a virus influenzali.

Una analisi comparata dei federo-regionalismi europei (Russo 2018) segnala come il delicato equilibrio tra istanze unitarie e istanze autonomistiche dimostri, negli ultimi anni, notevoli e repentini movimenti sia in senso centripeto che centrifugo. Da un lato, le misure adottate nell'ambito della crisi economico finanziaria, che dal 2007 interessa diversi Paesi dell'Eurozona, stanno conducendo a una compressione degli spazi di autonomia subnazionali in funzione dei processi di razionalizzazione della finanza pubblica e contenimento del debito sovrano. Dall'altro, il risveglio dei moti secessionisti in Europa (si veda il caso della Catalogna o della Baviera) sembra spingere verso forme che mettono in discussione il delicato equilibrio dei rapporti interistituzionali in un sistema di potere policentrico (Cerruti 2015). Il «vero punctum crucis – scrive Russo – diventa il quantum di omogeneità o, al contrario, di differenziazione o asimmetria sia sostenibile per garantire la tenuta unitaria di un ordinamento caratterizzato dal pluralismo territoriale» (Russo 2018, 366).

I più recenti sviluppi nel panorama italiano non si discostano dalle tendenze in atto nel quadro regionale europeo. Ammessa, infatti, «l'insostenibile mutevolezza che sin dalla sua costituzionalizzazione subisce il principio autonomistico» (Ronchetti 2020,19), si possono distinguere, dall'Unità ad oggi, almeno tre grandi periodi attraverso i quali lo “Stato accentrato” (1861-

1948) si trasforma in uno “Stato regionale” con finalità politico-democratiche e amministrativo-organizzative (1948-2001), per giungere, negli anni più recenti, ad uno “Stato delle Autonomie” in cui la differenziazione regionale convive con l’asimmetria tanto istituzionale che amministrativa (2001-2020). Tre sono i nodi problematici sottostanti alle posizioni favorevoli o contrarie alla autonomia regionale: differenziazione delle preferenze e dei bisogni versus disuguaglianze delle risorse e mancato universalismo; responsabilizzazione di finanziamento e di spesa versus sprechi e corruzione; competizione virtuosa versus concorrenza indesiderabile.

All’interno di un simile processo, le politiche sanitarie costituiscono, da sempre, la principale arena in cui competenze e capacità dello Stato e delle Regioni si intrecciano per perseguire obiettivi di democrazia, di equità e di modernizzazione (De Angelis 2015). Ne consegue che il sistema sanitario anticipa e/o incorpora le spinte centraliste e/o di decentramento prefigurando, per ciascuno dei tre periodi sopra ricordati, concezioni diverse dell’universalismo. Si tratta di un processo dinamico su cui impatta, all’inizio del 2020, la crisi sanitaria da Sars-Cov-2.

Per comprendere, dunque, con quali politiche si risponde in Italia alla pandemia ci si concentrerà sulla fase più contingente relativa agli ultimi venti anni (2001-2019) in cui le pressioni di autonomia regionale differenziata sono più forti (paragrafo 2). È su questa base che si leggeranno i primi risultati ottenuti dalle politiche regionali di fronteggiamento della crisi (paragrafo 3).

## **1. Sistema sanitario e Stato delle Autonomie (2001-2019)**

Dal 2001, con l’approvazione della legge costituzionale n. 3, le autonomie regionali assumono un ruolo incisivo. Tuttavia, non solo tale norma rappresenta il primo caso in cui una scelta sull’ordinamento dello Stato è assunta in modo non condiviso (in quanto approvata da una maggioranza parlamentare ridotta e sulla scia di profonde divisioni politiche), ma in essa si rinven- gono disposizioni riconducibili a visioni contrapposte: un regionalismo tanto omogeneo quanto asimmetrico; così come una visione funzionale e al tempo stesso comunitaria dell’autonomia (Rolla 2005). Ne consegue che sembra possibile individuare due fasi nella attuazione della riforma costituzionale cui corrispondono modalità diverse del regionalismo sanitario.

Nella prima applicazione della legge costituzionale (2001-2007) prevale una concezione secondo cui il riparto di competenza legislativa di tipo concorrente tra Stato e Regioni rappresenta il perno di un sistema delle autonomie che converge (nei pur fisiologici conflitti) con l’indirizzo politico statale,

al fine di consentire a tutti gli enti della Repubblica di concorrere alla realizzazione dell'interesse nazionale. Nello specifico, il principio di eguaglianza sostanziale (il pieno sviluppo della personalità di ciascuno e l'effettiva partecipazione di tutti alla vita economica, politica e sociale del Paese) è considerato il collante che consente alla Repubblica di essere una e restare indivisibile. In tale contesto, i Livelli essenziali di assistenza (LEA) rappresentano il tentativo istituzionale di comporre, in ambito sanitario, principi in tendenziale conflitto come quello autonomistico (le regioni sono chiamate a gestire la sanità, differenziando) e dell'eguaglianza (lo Stato deve garantire il diritto alla salute, uniformando). In questa prospettiva gli indicatori di monitoraggio dei LEA sono strumenti valutativi che colgono le eventuali disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, spingendo le regioni ad eliminarle. In altri termini, i LEA permetterebbero l'attuazione di un *universalismo differenziato*. I dati relativi alla prima applicazione dei LEA (anno 2008), tuttavia, evidenziano le difficoltà ad assicurare sul piano nazionale uguali livelli di assistenza. Infatti, a fronte di nove regioni adempienti, quattro regioni risultano parzialmente inadempienti (Abruzzo, Basilicata, Puglia e Sicilia) e quattro in situazione critica (Lazio, Campania, Calabria e Sardegna).

A partire dal 2008, emerge quello che alcuni ritengono un travisamento dell'idea costituzionale di autonomia, confusa con e sovrapposta all'indipendenza e alla separatezza di alcune regioni dal resto della Nazione (Ronchetti 2020). Il terzo comma dell'art. 116 della Costituzione, infatti, contempla ben ventitré materie devolvibili a titolo esclusivo alle regioni il che può sostenere una pretesa di autosufficienza da parte di quest'ultime. È in tal senso che si pongono i referendum per una autonomia differenziata di Lombardia e Veneto, cui si aggiunge la più limitata (ma politicamente significativa) adesione della Regione Emilia-Romagna. Istanze che proseguono

in modo carsico, tra improvvise accelerazioni e altrettanti arresti nella prolungata opacità (di trattative, di testi, di richieste di facciata e esigenze reali) e crescente consapevolezza del rilievo della questione, fino alla primavera del 2019 (Cammelli 2019, 1).

Sul piano sanitario, sembra emergere, con sempre maggiore forza, una richiesta di *universalismo ridotto o sufficiente* come conseguenza di 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. Quel che interessa è che guardando al monitoraggio dei LEA si hanno risultati fortemente contraddittori. Per un verso, la valutazione degli adempimenti dal 2010 al 2018 sembra avallare l'idea di

un progressivo allineamento delle regioni nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Nel 2018, ad esempio, tutte le regioni risultano adempienti con uno scarto inferiore di soli 56 punti tra il migliore e il peggiore punteggio realizzato (218 del Piemonte e 162 della Calabria). Tuttavia, dopo l'approvazione nel 2017 dei nuovi LEA e dopo la definizione del nuovo sistema di monitoraggio (pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 che sarà effettivamente operativo dal 2020), le prime simulazioni effettuate sui dati preesistenti rivelano un panorama del tutto differente. Al contrario della Griglia fin qui utilizzata, la nuova metodologia riguarda tutte le regioni (anche quelle a statuto speciale) e non sintetizza in un unico punteggio la valutazione dei tre macrolivelli (prevenzione, territorio, ospedale), ma misura in maniera indipendente la garanzia di ciascuno di essi. Dalla simulazione sui dati LEA del 2017 risultano, dunque, adempienti rispetto a tutte le tre macroaree soltanto dodici regioni su ventuno (57% del totale) (Piemonte, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche Abruzzo, Puglia, Sicilia). È interessante considerare che ben otto inadempienze riguardano l'attività distrettuale (soprattutto nel sud ma anche nel Lazio, PA Bolzano e Valle d'Aosta), due la prevenzione (PA Bolzano e Friuli-Venezia Giulia) e tre l'ambito ospedaliero (Calabria, Campania e Molise). Inoltre, all'interno delle regioni che garantiscono i LEA, ben diversi sono i livelli di adempienza. Ad esempio, la Lombardia presenta valori alti sulla prevenzione, ma valori minori su attività distrettuale e ospedaliera. Piemonte, Veneto, PA Trento, Emilia-Romagna e Toscana hanno tutte valori alti sulle tre macroaree, ma con punte di eccellenza differenti: il Veneto sulle attività distrettuali, l'Emilia Romagna e il Piemonte sulla prevenzione, la Toscana e PA Trento sugli ospedali. Liguria, Umbria e Marche hanno valori di adempienza minori e più differenziati. Dal Lazio in giù solo l'Abruzzo, la Puglia e la Sicilia sono adempienti, ma con valori bassi di poco superiori alla soglia minima. Le situazioni più critiche sono quelle del Molise e della Sardegna per l'attività distrettuale e sempre del Molise e della Campania per l'area ospedaliera.

## **2. Le azioni strategiche di Stato e Regioni nei primi mesi della Covid-19**

Stante questa configurazione istituzionale e tali diverse concezioni dell'universalismo sanitario, ci si può chiedere quali strategie vengano messe in atto nel momento in cui si presenta l'infezione da Covid-19.

Il primo elemento che va sottolineato è che, rispetto al quadro normativo, si fa emergere a valore superiore l'interesse della collettività che, di fronte

alla minaccia per la salute di tutti e di ciascuno, giustifica severe restrizioni alla libertà della persona, nonché l'imposizione di rigorosi limiti ad altri diritti costituzionalmente garantiti (Nocelli 2020). Inoltre, pur nell'equilibrio complesso dei rapporti interistituzionali conseguenti la riforma del 2001, il riferimento al d.lgs. n. 112/1998 (art.112 e seguenti) permette allo Stato di assumere la competenza ad adottare provvedimenti d'urgenza in caso di epidemie ed epizoozie di dimensioni nazionali o internazionali. È in questo contesto normativo, dunque, che si giustifica il parziale riaccentramento di funzioni che sembra caratterizzare le risposte di policy dell'Italia rispetto ai paesi europei a carattere pluralista. Secondo una indagine dell'Observatory on Health Systems and Policies (HSRM 2020) infatti, su undici attività strategiche individuate, l'Italia ne accentra quattro (il distanziamento fisico, l'acquisto e la distribuzione dei presidi protettivi, il personale sanitario, la pianificazione dei servizi), ne decentra quattro (l'isolamento e la quarantena, i test e il tracciamento dei contagiati, le infrastrutture fisiche, il mantenimento dei servizi essenziali) e su tre opera nell'uno e nell'altro senso (la governance, la gestione del personale sanitario, la gestione dei casi)

Il secondo fattore di analisi riguarda le divergenze di azione tra Stato e Regioni in merito alle strategie da adottare e i loro tempi. Nonostante il Governo decida di avviare una politica drastica di mitigazione della infezione, con un ampio lockdown e misure di distanziamento obbligatorie, di fatto alcune regioni settentrionali attuano tale strategia in modo diversificato in forza di fattori sia strutturali che contingenti. Emblematico il caso del Veneto e della Lombardia che presentano caratteristiche economico-sociali simili, ma diversi sistemi sanitari e che adottano politiche differenziate nei riguardi del Covid-19 che pur si presenta in entrambi i territori nello stesso giorno cioè il 20 febbraio 2020 (Tagliavento, Vicarelli 2020). Il Veneto attua una politica di comunità e di salute pubblica su solidi principi epidemiologici, utilizzando il proprio sistema di prevenzione pubblico e un modello sanitario ad alta integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri. La Lombardia attua una politica individuale, curativa ed ospedaliera scontando la destrutturazione dei Dipartimenti di prevenzione avviata negli anni Duemila, nonché l'indebolimento del sistema territoriale pubblico a favore di scelte ospedaliere e di mercato privato. Ne deriva che in Veneto, il tasso di casi, il tasso di mortalità e le infezioni degli operatori sanitari sono notevolmente inferiori rispetto alla Lombardia (Binkin *et al.* 2020). D'altro canto, al 30 agosto 2020, il "modello attivo di contenimento" del Veneto è ben evidenziato dal numero maggiore di tamponi effettuati (315 per 1000 abitanti) rispetto alle quattro regioni più colpite. Il Veneto presenta anche il numero più basso di casi sulla popolazione (4,7 per 1000 abitanti) e il più basso numero di decessi (0,4 su

1000 abitanti). La Lombardia al contrario presenta un numero basso di tamponi (157,7), il più alto numero di casi (9,9) e di decessi (1,7).

## Conclusioni

Numerosi punti di sofferenza dell'ordinamento italiano (legati a difetti intrinseci del modello costituzionale e alla sua interpretazione ed attuazione) emergono nel momento in cui si cerca di analizzare il regionalismo sanitario in occasione della pandemia da Sars-CoV-2.

In primo luogo, risulta complesso e non sempre chiaro il disegno normativo poiché i legislatori scelgono dapprima una via intermedia tra lo Stato accentratore e quello federale (Stato regionale dal 1948 al 2001), per arrivare, poi, ad un regionalismo (Stato delle Autonomie dal 2001 in poi) che sembra indeciso tra forme differenziate ma solidaristiche o forme asimmetriche e competitive. In questa prospettiva, il sistema sanitario esprime, ancor più che altri settori della PA, le difficoltà normative generali e i difficili processi della loro implementazione.

In secondo luogo, le regioni italiane costituiscono l'esito di un ragionamento giuridico di forte impronta statutale, più che il prodotto di una aggregazione culturale, sociale ed economica. Quando questa interpretazione tenderà a prevalere, negli anni Novanta soprattutto in sanità, troverà un sistema ordinamentale ormai irrigidito e di difficile trasformazione, al punto di rendere comprensibile la richiesta di autonomie più forti.

In terzo luogo, il livello di governo nazionale, dal 2001 in poi, resta debole e frammentato tanto sul piano amministrativo (seppure con forti rigidità burocratiche) che su quello politico, a fronte di un ordinamento regionale molto complesso (cinque regioni a statuto speciale, tre a regime differenziato, regioni meridionali rette da regimi speciali e il Lazio come regione sui generis).

È in questo quadro che appare difficile risolvere nettamente, in un senso o nell'altro, le tre antinomie che hanno retto fino ad oggi il dibattito sul regionalismo italiano e che si presentano puntualmente nei mesi della pandemia. Se l'esperienza Covid-19 va dimostrando l'importanza di tener conto delle preferenze e dei bisogni territoriali, evidenzia anche i rischi connessi alle potenziali disuguaglianze di salute e di assistenza dovute alle diverse scelte regionali sia di lungo che di breve periodo. Ugualmente se le competenze regionali possono responsabilizzare i governi locali in termini di finanziamento e di spesa sanitaria, possono anche (come si è visto per la Lombardia nei primi mesi della pandemia) dimostrare possibilità di sprechi e

corruzione. Infine, se la competizione tra regioni può talvolta presentarsi come virtuosa, può rivelarsi anche indesiderabile (si consideri, a titolo di esempio, le posizioni regionali sui dispositivi di sicurezza o sul controllo delle zone rosse).

In definitiva, la strada della cooperazione responsabile tra i diversi livelli di governo della sanità italiana sembra, al momento, non solo quella maggiormente ascrivibile al detto costituzionale, ma anche la più fattiva nel tenere assieme il diritto individuale alla salute e l'interesse della collettività. Una strada che si presenta impervia e che ha bisogno, da un lato, «di sedi e procedure adeguate – sia in sede legislativa che amministrativa – per tenere insieme le necessarie autonomie e una visione unitaria del policentrismo» (De Martin 2020, 3) e, dall'altro, di un rafforzamento del ruolo di coordinamento e guida dello stato centrale. Una strada che può garantire, se ben perseguita, tanto i principi costituzionali di uguaglianza e di libertà che una concezione della sanità e della salute come beni comuni.

## Bibliografia di riferimento

- Binkin N. *et al.* (2020), *Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: a comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions, Italy*, «Medrxiv» (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.10.20060707v1.article-metrics>).
- Cammelli M. (2019), *Flessibilità, autonomia, decentramento amministrativo: il regionalismo oltre l'art. 116.3 cost.* (www.astrid.on-line.it).
- Cerruti T. (2015), *Istanze indipendentiste nell'Unione Europea*, «Rivista AIC», 3. ([https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3\\_2015\\_Cerruti.pdf](https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/3_2015_Cerruti.pdf)).
- De Angelis M. (2015), *Crisi e sanità: effetti su politiche e diritti. Il caso della Regione Marche*, «Le Regioni», XLIII, 2, pp. 357-407.
- De Martin G.C. (2020), *Il Servizio sanitario nazionale dopo la pandemia: quale futuro*, «Amministrazione in Cammino», 29 maggio (<https://www.amministrazioneincammino.luiss.it/2020/05/29/il-servizio-sanitario-nazionale-dopo-la-pandemia-qual-futuro/>).
- HHSRM (2020), *How have federal countries organized their COVID-19 response?* (<https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/07/16/how-have-federal-countries-organized-their-covid-19-response/>).
- Nocelli M. (2020), *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, «Federalismi.it. Rivista di Diritto Pubblico Italiano, Comparato, Europeo», 13 marzo (www.federalismi.it).
- Poggi A. (2020), *Il regionalismo italiano ancora alla ricerca del 'modello plurale' delineato in Costituzione*, «Federalismi.it. Rivista di Diritto Pubblico Italiano, Comparato, Europeo», 8 gennaio (www.federalismi.it).

- Rolla G. (2005), *La costruzione dello Stato delle autonomie. Considerazioni sintetiche alla luce dell'esperienza italiana e spagnola*, «Istituzioni del federalismo», 5, pp. 795-818.
- Ronchetti L. (2020), *Differenziazione e diseguaglianze: il regionalismo asimmetrico nella Repubblica una e indivisibile*, «Istituzioni del federalismo», 1, pp. 19-36.
- Russo A.M. (2018), *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, «Istituzioni del federalismo», 2, pp. 365-392.
- Tagliavento G., Vicarelli G. (2020), “La pandemia da SARS-CoV-2 e il sistema di prevenzione in Italia”, in Favretto A.R., Maturo A., Tomelleri S. (a cura di), *L'impatto sociale del Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.

### 3. *Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario*

di Valeria Quaglia, Marco Terraneo e Mara Tognetti<sup>1</sup>

#### **Introduzione**

Come noto, il Sistema Sanitario Nazionale è articolato in Servizi Sanitari Regionali (SSR). Sulla base della letteratura (Neri 2006; Tognetti 2010) possiamo individuare tre macro modelli rappresentativi dei 21 SSR italiani<sup>2</sup>: quello di *quasi mercato*, sviluppato dalla regione Lombardia, che si fonda sulla separazione dell'ente finanziatore/regolatore dall'ente erogatore delle prestazioni, sul principio della concorrenza tra erogatori e sulla libera scelta dei cittadini; il *modello integrato*, che si sviluppa principalmente in Emilia-Romagna, in Toscana e nel Veneto, fondato sulla cooperazione ed integrazione delle organizzazioni sanitarie indipendentemente dalla loro natura pubblica, privata o di terzo settore, e che si realizza a partire dalla programmazione pubblica degli interventi fino alla loro messa in pratica; infine, il *terzo modello di tipo burocratico o residuale*, che interessa la quasi totalità delle Regioni del Sud e si caratterizza per un ruolo del decisore regionale fortemente dipendente dalle indicazioni del livello centrale. Come si evince dal capitolo di Vicarelli (ivi), a cui si rimanda, vi sono state significative differenze regionali nell'adozione di strategie di fronteggiamento della pandemia. Le domande di ricerca a cui questo contributo cerca di dare risposta sono le seguenti: qual è l'impatto dei diversi assetti organizzativi dei SSR e delle diverse azioni realizzate per la gestione della pandemia sulle disuguaglianze di salute dei cittadini? E sul personale sanitario? La categoria professionale dei lavoratori della sanità, infatti, si è rivelata essere quella più a rischio secondo una categorizzazione dei lavori ricavata attraverso una metodologia validata a livello internazionale che stima il livello di rischio in base a tre

---

<sup>1</sup> Il presente contributo è il risultato del lavoro comune dei tre autori

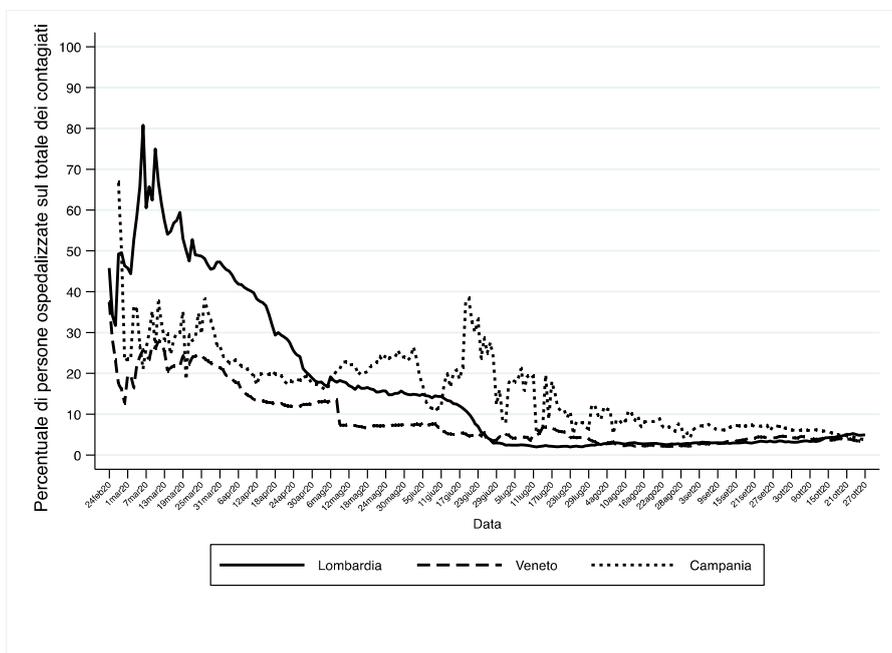
<sup>2</sup> A questo proposito va puntualizzato che le due Province autonome di Trento e Bolzano vanno considerate separatamente.

parametri specifici: esposizione (ovvero, la probabilità di entrare in contatto con fonti di contagio), prossimità (lavori che non permettono il distanziamento) e aggregazione (lavori a contatto con il pubblico)<sup>3</sup>.

## 1. Sistemi sanitari regionali e disuguaglianze di salute

Il tentativo di mettere in luce in che misura i tre modelli precedentemente descritti di SSR abbiano prodotto esiti differenti rispetto ad alcuni indicatori di cura e contrasto alla diffusione del virus, a nostro avviso, è importante non solo perché mostra il portato delle diverse scelte organizzative adottate dai diversi SSR ma, soprattutto, per le conseguenze rilevanti che tali scelte possono avere sulla salute dei cittadini. L'andamento degli indicatori per i tre modelli sanitari selezionati è rappresentato dai quattro grafici sotto riportati.

Fig. 1 – Percentuale di persone ospedalizzate sul totale dei contagiati. Fonte: nostre elaborazioni su dati Protezione Civile



<sup>3</sup> <https://www.scienzainrete.it/articolo/alessandro-marinaccio-lavorare-ai-tempi-della-pandemia/luca-carra/2020-10-13> (ultimo accesso 8/11/2020).

Fig. 2 – Tamponi giornalieri effettuati per 1000 residenti nella regione. Fonte: nostre elaborazioni su dati Protezione Civile

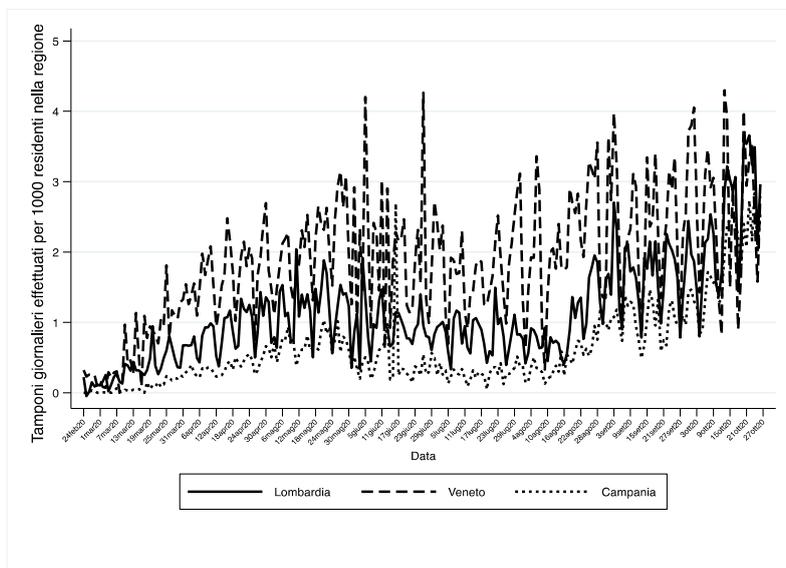
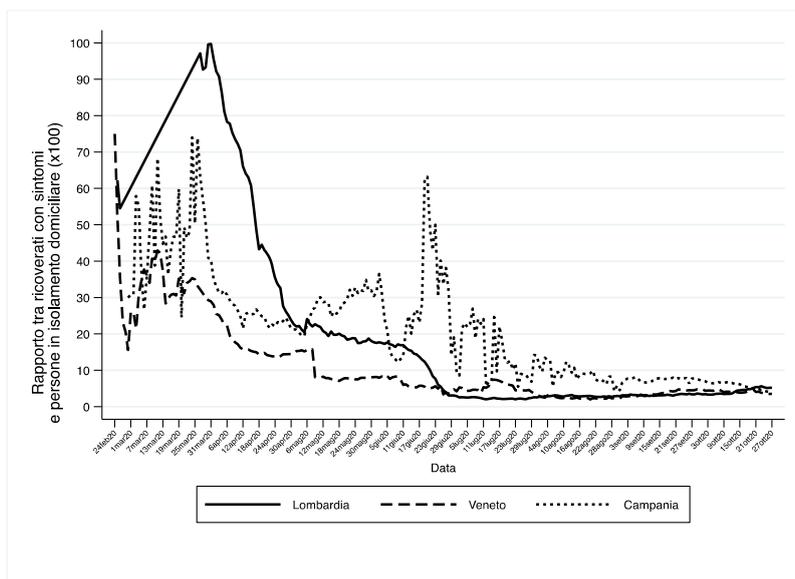
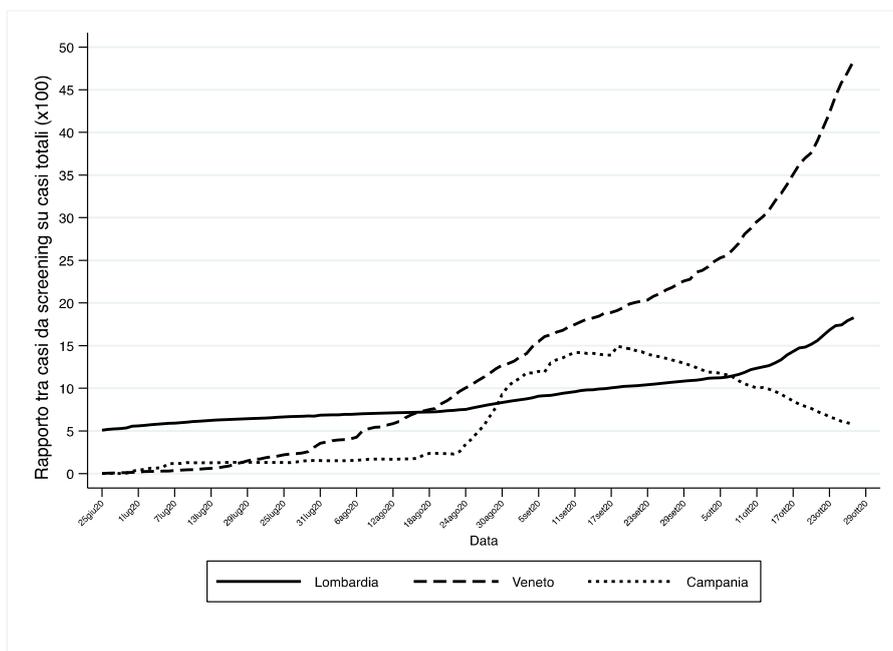


Fig. 3 – Rapporto tra ricoverati con sintomi e persone in isolamento domiciliare (x 100). Fonte: nostre elaborazioni su dati Protezione Civile



Note: Il rapporto tra ricoverati con sintomi e persone in isolamento domiciliare è limitato a 100 per facilitare la visualizzazione dell'andamento temporale

Fig. 4 – Rapporto tra casi da screening su casi totali (x 100). Fonte: nostre elaborazioni su dati Protezione Civile



Note. Il dato che distingue tra i casi totali quelli individuati tramite screening e quelli che invece vengono da un sospetto diagnostico è disponibile solo da fine luglio.

Il primo grafico mette in evidenza che all’inizio della pandemia, almeno fino alla fine di marzo, il sistema sanitario lombardo ha optato per trattare le persone contagiate per lo più in ambito ospedaliero, con punte tra il 60 e l’80%. Al contrario, in Veneto il rapporto tra persone ospedalizzate per Covid-19 sul totale dei soggetti contagiati non supera mai il 30% anche nella fase più acuta della diffusione del virus. Questa differenza si riduce in modo significativo solo a partire da maggio, per poi annullarsi con l’inizio di luglio. La Campania, d’altra parte, ha un andamento intermedio tra questi due estremi, con l’eccezione del picco di ricoveri di fine maggio e soprattutto di giugno (con un valore massimo di circa il 60%). Il peso differente giocato dall’ospedalizzazione rispetto alla scelta di curare/seguire i soggetti è quanto emerge nel secondo grafico, che mette in rapporto il numero di ricoverati con

sintomi con la quota di persone in isolamento domiciliare<sup>4</sup>. Si osserva una sostanziale sovrapposizione negli andamenti con quanto visto nel grafico precedente: il ricorso all'ospedalizzazione si conferma la scelta più usuale per la Lombardia, in contrapposizione alla strategia del Veneto che invece sembra aver ricoverato i soggetti solo come ultima ratio. Ancora una volta, la Campania si colloca in posizione intermedia e registra un'impennata dei ricoveri sull'isolamento domiciliare tra la metà e la fine di giugno. Il terzo grafico mostra il numero di tamponi giornalieri effettuati per 1000 abitanti. Pur a fronte di un andamento giornaliero molto altalenante, emerge in modo evidente che il Veneto abbia, per l'intero periodo preso in esame, svolto un numero di tamponi molto più alto rispetto alle altre due regioni considerate, in particolare rispetto alla Campania. L'individuazione dei soggetti contagiati (soprattutto se asintomatici e paucisintomatici) e il loro conseguente isolamento sono certamente elementi centrali nel contrasto alla diffusione del virus. Infine, sempre in merito al tentativo di controllo della diffusione del virus, è stato calcolato quanti casi sul totale siano stati individuati grazie a screening mirati e, dunque, in modo complementare, quanti invece fossero il risultato di un sospetto diagnostico. Dopo un primo periodo di sostanziale omogeneità, con un peso relativo dello screening molto basso fino alla prima metà di agosto, si assiste a un ampliamento significativo della forbice tra i modelli sanitari regionali. La Lombardia ha individuato nel mese di ottobre tra il 10 e il 20% dei casi grazie allo screening, la Campania, con un andamento leggermente diverso (a U rovesciata), mostra valori medi simili a quelli della Lombardia, mentre il Veneto mostra una crescente importanza dei casi trovati grazie allo screening già a partire dalla fine di agosto, tanto che gli ultimi dati (27 ottobre) indicano che la percentuale dei casi totali individuati con questa modalità si attesta attorno al 45%.

Questa (breve) ricognizione di alcuni indicatori che mostrano le diverse scelte fatte dai SSR nel tentativo di rispondere alla diffusione del virus e delle soluzioni adottate per curare i contagiati necessita certamente di ulteriori verifiche e approfondimenti, ciononostante rappresenta, a nostro avviso, un elemento importante da considerare nel momento in cui si valutano i differenti esiti di salute per le popolazioni coinvolte. A questo proposito si deve segnalare l'esistenza di differenze significative tra i modelli sanitari considerati rispetto a tre indicatori abitualmente utilizzati per valutare l'impatto della pandemia: la prevalenza di contagiati, il tasso di letalità e il tasso di mortalità.

---

<sup>4</sup> Non abbiamo al momento informazioni che indichino che il virus abbia avuto una differente aggressività tale da rendere necessario un ricorso più frequente all'ospedalizzazione in alcuni contesti regionali piuttosto che in altri.

Al 31 maggio (data indicativa della fine della prima fase acuta della pandemia) in Lombardia la prevalenza per 100.000 abitanti era pari a 880, 390 in Veneto e 83 in Campania. Differenze tra regioni emergono anche guardando al tasso di letalità grezza, che segnava un valore di 181 su 1.000 contagiati in Lombardia, 100 in Veneto e 86 in Campania. Infine, anche il tasso mortalità grezza mostra evidenti disparità regionali: si passa, infatti, dai 171 decessi per 100.000 residenti in Lombardia ai 39 in Veneto, ai soli 7 in Campania.

*Tab. 1. – Indicatori di prevalenza, letalità e mortalità al 31 maggio e 27 ottobre 2020. Campania, Veneto, Lombardia. Fonte: Nostre elaborazioni su dati della Protezione civile*

	Campania		Veneto		Lombardia	
	31 maggio 2020	27 ottobre 2020	31 maggio 2020	27 ottobre 2020	31 maggio 2020	27 ottobre 2020
Prevalenza contagiati* (per 100.000 abitanti)	83,00	748,98	390,24	957,51	880,53	1612,91
Tasso di letalità grezza** (per 1.000 contagiati)	85,80	14,01	100,15	49,88	181,10	106,22
Tasso di mortalità grezza*** (per 100.000 abitanti)	7,12	10,49	39,08	47,76	159,46	171,32

\* La prevalenza periodale corrisponde alla proporzione della popolazione regionale che si è trovata ad essere positiva al virus nell'intervallo di tempo considerato (casi già positivi all'inizio del periodo più nuovi casi emersi nel corso del periodo)

\*\* La letalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito dei soggetti positivi al Covid-19 nell'intervallo di tempo considerato

\*\*\* La mortalità grezza corrisponde al numero di pazienti deceduti nell'ambito della popolazione di riferimento nell'intervallo di tempo considerato

## **2. Tre differenti visioni, tre modalità d'azione: l'impatto sul personale sanitario**

L'organizzazione e le scelte dei SSR hanno prodotto maggiori rischi per il personale sanitario, stante le differenze descritte in precedenza? Non abbiamo i dati per rispondere in modo puntuale a questa domanda, in particolare non disponiamo delle informazioni individuali sul personale sanitario che consentirebbero di provare a stimare l'effetto di contesto (ossia, del sistema sanitario) al netto degli effetti individuali. Si può sostenere, però, che gli esiti differenziati per regione per il personale sanitario siano associati, almeno in parte, ai modelli sanitari, sotto la condizione che le variabili

individuali (e altri fattori di contesto) siano le medesime nelle tre regioni analizzate. Si tratta di un assunto forte, ma va sottolineato che in questa sede ciò che è rilevante riguarda i fattori legati alla possibilità di contagio (esposizione) e gli effetti del virus sulle persone.

Date queste premesse, si è in primo luogo stimata la quota di personale sanitario positiva al virus, grazie ai dati INAIL<sup>5</sup> relativi al periodo 1° gennaio-31 maggio 2020, che riportano la percentuale di contagiati sul totale di denunce di infortunio da Covid-19 per settore ATECO. In secondo luogo, si sono individuati i contagiati totali regionali al 31 maggio grazie ai dati della Protezione civile. Terzo, si è calcolato il totale dei casi regionali da cui sono stati sottratti i casi tra il personale sanitario. Quarto, si è individuato il personale sanitario<sup>6</sup> occupato per regione (dati ISTAT), che è stato sottratto dal totale della popolazione residente regionale per individuare la popolazione non esposta al fattore di rischio (lavorare in sanità). A questo punto è stato possibile calcolare l'incidenza negli esposti (il fattore di rischio è rappresentato dall'appartenenza alla categoria del personale secondo i criteri elencati in nota 4). Un primo risultato riguarda l'emergere di una differenza significativa a livello regionale nell'incidenza tra gli esposti: 1437 casi di contagio su 10.000 in Lombardia, 679 su 10.000 in Veneto e 115 su 10.000 in Campania. Allo stesso modo è stato possibile calcolare l'incidenza sul totale della popolazione, come rapporto tra i casi di contagiati totali (da cui sono esclusi i contagiati tra il personale sanitario) e la popolazione regionale (meno gli occupati nel settore sanitario). Anche in questo caso, come già visto, le differenze regionali sono evidenti: l'incidenza in Lombardia è pari a 75,4 casi per 10.000 abitanti, 32,6 in Veneto e 15,6 in Campania (cfr. tab. 2).

Il passo successivo è stato quello di calcolare due misure: il rischio relativo (RR), ossia il rapporto tra la probabilità che si verifichi un dato evento (nello specifico, la malattia da Covid-19) in un gruppo esposto a un fattore di rischio (personale sanitario) e la probabilità che si verifichi lo stesso evento in un gruppo di non esposti (popolazione regionale con l'esclusione del personale sanitario); il rischio attribuibile (RA), ossia la quantità di rischio supplementare (rispetto al gruppo dei non esposti) attribuibile al fattore

---

<sup>5</sup> Si ricorda che i dati INAIL non comprendono, non essendo oggetto della tutela assicurativa INAIL, i medici di famiglia, i medici liberi professionisti e i farmacisti, pur essendo queste categorie particolarmente esposte al rischio contagio.

<sup>6</sup> Sono stati utilizzati i dati Istat ([http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_PERS\\_SANIT](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PERS_SANIT)) del 2018 relativi ai medici specialisti, gli odontoiatri, le ostetriche e le professioni sanitarie infermieristiche, mentre, per comparabilità con i dati INAIL sono stati esclusi i medici di Medicina generale e i farmacisti.

di rischio considerato, ossia la quota di malati tra gli esposti che eviterebbero la malattia se fosse completamente rimosso il fattore di rischio.

Tab. 2 – Rischio relativo e rischio attribuibile per il personale sanitario in Lombardia, Veneto e Campania. Fonte: Nostre elaborazioni su dati INAIL, Protezione civile e ISTAT

	Lombardia	Veneto	Campania
Denunce di infortunio (compresi i decessi) (a)	16.700	3.980	736
% totale infortuni denunce settore ATECO “Sanità ed asoc.” (b)	80,7	83,4	77
Contagiati personale dal sanitario (c) = (a) / (b)	13.477	3.319	567
Totale casi regionali al 31/05 (d)	88.968	19.152	4.802
Personale sanitario per regione (e)	93.756	48.884	49.179
Popolazione residente (f)	10.103.969	4.907.704	5.785.861
Incidenza personale sanitario (esposti) x 10000 (g) = (c) / (e)	1.437,4	679	115,2
Incidenza sulla popolazione (non esposti) per 10000 (h) = (d-c) / (f-e)	75,4	32,6	7,4
Rischio relativo RR = (g) / (h)	19,1 (i.c. 18,7 – 19, 4)	20,8 (i.c. 20,1 – 21,6)	15,6 (i.c. 14,3 – 17,0)
Rischio attribuibile RA = (g) – (h)	1.362	646	108

Come si osserva, il RR è decisamente alto in tutti e tre i modelli regionali: il personale sanitario ha una probabilità tra le quindici (Campania) e le diciannove/venti volte (rispettivamente Lombardia e Veneto) di contagiarsi più alta rispetto al resto della popolazione. Da questo punto di vista, non si osservano differenze evidenti tra i SSR nella capacità di proteggere i lavoratori del personale sanitario rispetto al resto della popolazione. D'altra parte, risultano ben più significativi i differenziali nel RA tra i modelli sanitari considerati. Ciò significa che pur in presenza di un RR molto simile in Veneto e Lombardia, il RA più alto in questa ultima regione indica un eccesso di rischio dovuto all'esposizione: rimuovendo ipoteticamente il fattore di rischio (appartenere al personale sanitario) si potrebbero evitare 1.362 contagi per 10.000 soggetti in Lombardia, 646 in Veneto e 108 in Campania. La

differenza fra le regioni in particolare per la Lombardia è riconducibile anche alla decisione di quest'ultima di ricoverare presso le proprie strutture malati di Covid-19. Quindi una maggiore istituzionalizzazione (Ospedale o RSA) dei malati ha aumentato il rischio di contagio del personale sanitario.

## **Conclusioni**

Dall'analisi emerge come i tre modelli di SSR considerati abbiano adottato, nell'ambito della gestione della pandemia, scelte operative differenti, così come diversi sono stati, più in generale, gli esiti di salute osservati per i cittadini e per il personale sanitario. Pertanto la scelta del tipo di modello ha avuto un impatto differente sulla diffusione del virus e sui rischi sanitari a carico del personale sanitario. Il modello Lombardo, fortemente ospedalocentrico che ha massimizzato la concorrenza fra ospedale pubblico e ospedale accreditato privato, ha mostrato peggiori esiti di salute per i cittadini rispetto alle altre regioni, così come un rischio maggiore di contagio per il personale sanitario. Il Veneto, invece, con il suo modello attivo di contenimento, con il numero particolarmente elevato di tamponi effettuati e con una maggiore integrazione di servizi territoriali e ospedalieri, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata, riteniamo abbia rappresentato una più adeguata risposta alla diffusione del virus. Infine, la Regione Campania, in presenza di una carenza strutturale di servizi territoriali e di limitate risorse Ospedaliere, ha dovuto agire su fattori di contenimento della diffusione del virus basati sulla disincentivazione degli spostamenti e sul contenimento di occasioni di contagio.

In conclusione, al fine di contenere la diffusione del virus e prevenire il contagio dei e dagli operatori sanitari si suggerisce di adottare le seguenti misure:

- approvvigionamento e adeguata gestione dei DPI secondo una logica di valutazione dei rischi da esposizione al contagio;
- disposizione di screening e test rapidi per tutti, e in primo luogo per il personale sanitario maggiormente esposto al contagio;
- predisposizione di percorsi differenziati Covid /sospetti Covid e non-Covid;
- implementazione, in tutte le Regioni, di modelli che comunque possano garantire un maggior ruolo della medicina territoriale e delle cure di prossimità coinvolte nel processo di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da Covid-19;

- elaborazione di Piani periodicamente aggiornati e operativi per l'organizzazione nazionale, regionale e locale della risposta alle emergenze infettive;
- maggiore attenzione alla salute e sicurezza dei luoghi di lavoro.

## Bibliografia di riferimento

- Anelli S., Baratta C., Barberini E., *et al.* (2020), *Emergenza COVID-19: studio del sistema dei ricoveri e delle risposte nei modelli organizzativi nelle diverse regioni italiane*, «Smart eLab», 15, pp. 1-16.
- Geddes da Filicaia, M. (2020), *La sanità si tempi del Coronavirus*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Neri S. (2006), *La Regolazione dei Sistemi Sanitari in Italia e Gran Bretagna: Concorrenza, Cooperazione, Programmazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Terraneo M. (2020), *Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica*, «AIS, Journal of Sociology», 16, pp. 87-97.
- Tognetti Bordogna M. (2010), *Les modèles de welfare sanitaires et les médecines non conventionnelles*, «Revue Sociologie Santé», 32, pp. 263-292.
- Tognetti Bordogna M., Ornaghi A., (2011), *Regionalizing Health Systems Public and Private Mix: The Situation in Italy*, «Sociology Studies» 5, pp. 375-388.
- Tognetti M. (2020), *Come ripensare il sistema sanitario dopo questa pandemia*, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=84802](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84802) (ultimo accesso 8/11/2020).
- Tognetti Bordogna M. (2020), *Ripensare il Sistema Sanitario Nazionale senza mortificarlo*, <https://mappeser.com/2020/06/05/ripensare-il-sistema-sanitario-nazionale-senza-mortificarlo-di-mara-tognetti-bordogna-in-paradoxaforum-com-4-giugno-2020/> (ultimo accesso 8/11/2020).

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

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

### **Introduzione**

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: elaborazioni su dati Fondazione GIMBE (2019).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: ISS (2020b).

## Conclusioni

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

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

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

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

## Bibliografia di riferimento

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

## 5. Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera

di Stefano Neri

### Introduzione: il problema

A marzo e poi, di nuovo, nell'autunno del 2020 è emersa in modo evidente la forte difficoltà degli ospedali a fornire assistenza ai pazienti Covid-19 più gravi. Alla ricerca delle cause principali di tale difficoltà, l'attenzione si è concentrata sui tagli praticati nell'ultimo decennio alle risorse finanziarie del Ssn e, per gli ospedali, alla riduzione dei posti letto. Questa è stata avviata negli anni Ottanta del Novecento, per poi proseguire fino ad oggi, diminuendo progressivamente la dotazione strutturale degli ospedali. Il taglio dei posti letto sarebbe quindi stato eccessivo, privando le terapie intensive e sub-intensive, i reparti di malattie infettive e le altre unità maggiormente interessate dall'afflusso di pazienti Covid-19 della possibilità di fronteggiare adeguatamente l'emergenza.

Questa argomentazione, riportata spesso dalla stampa, merita di essere discussa e approfondita. È evidente che il numero dei posti letto così come quello dei professionisti chiamati a fornire assistenza ai pazienti Covid-19 ricoverati in ospedale sia stato e sia ancora tendenzialmente insufficiente, se non altro per la necessità di dirottare risorse dai reparti meno coinvolti nella gestione del Covid-19, con il risultato di rimandarne le attività programmate (esami, interventi chirurgici, ecc.) e il danno conseguente per i pazienti. Ci chiediamo però se sia la riduzione dei posti letto, in quanto tale, ad essere la causa delle sofferenze delle strutture ospedaliere a fronteggiare l'emergenza, o se invece le ragioni delle difficoltà vadano cercate principalmente in altri fattori. A seconda della risposta, le implicazioni di *policy* possono essere molto differenti.

Si tratta di una domanda molto complessa, cui non si pretende qui di fornire una risposta esaustiva, ma di fornire elementi utili all'elaborazione di programmi di intervento nel settore ospedaliero. A questo scopo, riteniamo

utile partire da una ricostruzione delle politiche di riduzione dei posti letto e di razionalizzazione della rete ospedaliera attuate nell'ultimo trentennio, mettendo in evidenza le cause e le finalità di tali processi. Questo permetterà di formulare una prima risposta al nostro quesito, sviluppando una riflessione propedeutica all'elaborazione di ipotesi di intervento nelle politiche ospedaliere.

Dal punto di vista metodologico, ciò che proponiamo è un'analisi storico-processuale effettuata mediante l'elaborazione di alcuni dati nazionali e internazionali di fonte ufficiale (OECD, Istat, Ministero della Salute); la ricostruzione della normativa sui processi di razionalizzazione ospedaliera in Italia; l'analisi della letteratura e di altra documentazione sul tema oggetto di indagine, e, in particolare, sulle cause e finalità della riduzione dei posti letto.

## 1. I processi di razionalizzazione ospedaliera e la riduzione dei posti letto

La riduzione dei posti letto è un fenomeno di lunga durata, ormai quarantennale, e di portata internazionale. La tab.1 riporta il numero dei posti letto per 1.000 abitanti in Italia e in alcuni paesi europei confrontabili con il nostro per dimensioni della popolazione e per peso economico, nel periodo 1980-2018. La tab. 2, riportata nella pagina seguente, restringe invece l'oggetto di osservazione ai posti letto per acuti per 1.000 abitanti, per gli stessi paesi e nello stesso arco temporale.

Tab. 1 – Posti letto complessivi per 1.000 abitanti (1980-2018)

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
<b>Italia</b>	<b>9,6</b>	<b>7,2</b>	<b>6,3</b>	<b>4,7</b>	<b>3,8</b>	<b>3,6</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>
Francia	=	=	8,5**	8	6,9	6,4	6,1	6,0
Germania	=	10,1*	9,7	9,1	8,2	8,3	8,1	8,0
Regno Unito	=	=	=	4,1	3,3	2,9	2,6	2,5***
Spagna	5,4	4,3	3,9	3,7	3,2	3,1	3,0	3,0***

\*dato riferito al 1997; \*\* dato riferito al 1997; \*\*\* valori stimati

Fonte: elaborazione su dati OECD (2020 e anni vari)

Se osserviamo il dato del 2018, notiamo subito che gli indici presentano valori molto diversi tra i paesi considerati. L'Italia presenta un valore di 3,1 posti letto complessivi per 1.000 abitanti, superiore a Spagna (3,0) e Regno Unito (2,5), ma decisamente più basso di Francia (6,0) e Germania (8,0). Se prendiamo in esame non i posti letto complessivi ma quelli per acuti per 1.000 abitanti, l'Italia (2,6) si colloca ancora poco sopra la Spagna (2,5) e il

Regno Unito (2,2). In questo caso la Francia ha un valore poco più elevato dell'Italia (3,0), mentre la Germania continua ad essere caratterizzata da una dotazione di posti letto molto più elevata (8,0 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti).

Tab. 2 – Posti letto per acuti per 1.000 abitanti (1980-2018)

	1980	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
<b>Italia</b>	<b>9,3</b>	<b>7,0</b>	<b>6,1</b>	<b>4,2</b>	<b>3,5</b>	<b>3,0</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>
Francia	=	=	4,3***	4,1	3,7	3,5	3,2	3,0
Germania	=	8,3**	7,5	6,8	6,4	6,2	6,1	6,0
Regno Unito	=	=	=	3,2	3,0	2,4	2,2	=
Spagna	3,5*	3,3	3,0	2,9	2,7	2,5	2,5	2,5

\*dato riferito al 1985; \*\* dato riferito al 1991; \*\*\*dato riferito al 1997

Fonte: elaborazione su dati OECD (2020 e vari anni)

In questa piccola selezione di paesi, colpisce il fatto che Italia, Regno Unito e Spagna siano paesi che hanno avuto particolari difficoltà a fronteggiare il Covid-19, mentre la Francia, almeno nella prima fase, e soprattutto la Germania, con la sua dotazione strutturale così ampia, hanno fatto fronte alla pandemia con una minore sofferenza da parte del sistema ospedaliero.

A riguardo, non si può fare a meno di notare che Italia, Regno Unito e Spagna siano tre paesi dotati di servizio sanitario nazionale, mentre Francia e Germania hanno un sistema sanitario organizzato in forma mutualistica, seppure con forti differenze tra loro. È vero che il primo gruppo di paesi viene da un decennio di severe politiche di austerità, a causa delle crisi finanziarie del 2010-11 per Italia e Spagna o di scelte politiche ben precise nel caso britannico. Tuttavia le tab.1 e 2 mettono chiaramente in evidenza che le differenze nella dotazione di posti letto non nascono nell'ultimo decennio ma hanno un'origine di lungo periodo, anche se il divario con Germania e Francia si è accentuato dopo il 2010, in particolare per l'Italia.

La diversa dotazione di posti letto tra i due gruppi di paesi riflette una diversa capacità di programmazione e di governo della domanda e dell'offerta di prestazioni tipica dei due sistemi. In questo senso i servizi sanitari nazionali riescono ad essere più «parsimoniosi» (Klein, 2013) nell'utilizzo delle risorse, senza perdere la capacità di rispondere in modo tutto sommato efficiente (almeno in termini comparati) ai bisogni della popolazione e pur con tutti i limiti noti, se pensiamo al caso italiano.

Questo però vale in condizioni ordinarie. Nella pandemia, i servizi sanitari nazionali sono risultati svantaggiati rispetto ai sistemi sanitari

mutualistici, come quello tedesco o francese. La minore capacità di questo secondo tipo di sistemi di governo della domanda e dell'offerta di servizi si riflette in una spesa sanitaria più elevata, non sempre efficiente, e nella maggiore dotazione di risorse strutturali, anche sottoutilizzate. Tuttavia una certa ridondanza di risorse ha messo a disposizione di questi paesi un livello di risorse tra cui i posti letto, che è stato essenziale per fronteggiare la pandemia. Quello che in altri tempi poteva essere uno spreco è diventato invece una riserva fondamentale cui attingere nell'emergenza. L'importanza di questo elemento era nota in passato: negli anni '50 e '60 i tecnici inglesi del Ministero della Sanità britannico avevano bene in mente il concetto, quando valutavano che la programmazione delle risorse a disposizione del *National Health Service* e, nello specifico, il numero di posti letto dovesse prevedere una quota di riserva per fronteggiare le cosiddette *winter crisis*, ossia le crisi di sovraffollamento degli ospedali per patologie respiratorie nel corso dei freddi inverni britannici (Mohan, 2002). La lezione sembra essere stata dimenticata negli ultimi anni (anche nel Regno Unito), sotto la spinta delle esigenze di bilancio e di una cultura organizzativa, di impronta aziendale, che valuta ogni ridondanza come uno spreco da eliminare.

La riduzione dei posti letto non è un processo avviato nell'ultimo decennio, legato alle politiche di austerità successive alla crisi economica del 2008-09 e a quelle del debito sovrano del 2010-11. I dati riportati nelle tab.1 e 2 mettono chiaramente in evidenza che si tratta di un processo iniziato negli anni Ottanta del secolo scorso, e distribuito quindi su un arco temporale molto lungo. Anzi, almeno per l'Italia la riduzione è stata più forte nel periodo 1980-2000 che nel ventennio successivo.

Dal punto di vista normativo, sono identificabili grosso modo tre fasi delle politiche di riorganizzazione dei servizi ospedalieri e di riduzione delle loro dotazioni strutturali. Una prima fase, che va dal 1989 al 1996, contrassegnata dalle disposizioni delle leggi 595/85, 67/88 e 109/88, che mettono a disposizione delle Regioni e delle Aziende sanitarie fondi per la ristrutturazione e l'ammodernamento del sistema ospedaliero, ponendo obiettivi di riduzione del tasso di posti letto per acuti per 1.000 abitanti. Nella stessa logica si pongono le leggi 549/85 e 382/96, che segnano la seconda fase delle politiche di riorganizzazione e proseguono nel primo decennio del duemila. Una terza fase, che va dal 2012 ad oggi, può essere identificata con l'approvazione del decreto legge 95/2012 (la *spending review*) e il Decreto Ministeriale 70/2015, concentrati sulla chiusura delle piccole strutture (un obiettivo comunque ben presente anche prima).

In realtà, al di là di queste fasi normative, nella sostanza le politiche di razionalizzazione dei servizi ospedalieri e di riduzione dei posti letto

presentano una forte continuità nel corso dei decenni. Esse si presentano quindi come un fenomeno di lungo periodo, che prescinde in buona misura dal ciclo economico e dalle contingenze della finanza pubblica. Ciò fa pensare che le spiegazioni della riduzione dei posti letto non vadano cercate nell'austerità dell'ultimo decennio.

## **2. La riduzione dei posti letto tra ospedale e territorio**

Esiste un ampio spettro di motivi che ha spinto alla razionalizzazione del sistema ospedaliero e al calo dei posti letto, soprattutto di quelli per acuti. Negli anni '80 e '90 del Novecento, in Italia è avvenuta una “transizione epidemiologica” (Omran, 2005), che ha portato in tutti i paesi occidentali al drastico calo dell'incidenza delle malattie infettive, con la “remissione” delle pandemie, sostituite come cause più importanti di morte dalle patologie cardio-circolatorie e cronico-degenerative. Nel 2017 (dato più recente disponibile) in Italia la causa principale di morte sono state le malattie del sistema circolatorio (con un tasso standardizzato di 30,31 decessi per 10.000 abitanti) e i tumori (25,04), seguiti a distanza dalle malattie del sistema respiratorio (6,03 per 10.000 abitanti, di cui quasi la metà per malattie croniche delle basse vie respiratorie), dalle malattie del sistema nervoso (4,04) come il morbo di Parkinson e di Alzheimer e dalle patologie endocrine, nutrizionali e metaboliche (3,92) tra cui il diabete. Le malattie infettive hanno invece avuto un'incidenza molto minore sulla mortalità, per quanto i decessi per polmonite (1,74 per 10.000 abitanti) siano da tempo in aumento (Istat datawarehouse, <http://dati.istat.it/>, per un approfondimento si veda Neri, 2020).

La prevalenza delle patologie croniche, che possono essere curate per lo più in ambito domiciliare e ambulatoriale, ha favorito uno spostamento di risorse dall'ospedale al territorio, giustificando la contrazione dei posti letto. La deospedalizzazione è stata agevolata dal progresso tecnologico, che ha reso possibile l'effettuazione in ambulatorio, a domicilio o in day hospital di prestazioni una volta erogabili solo mediante ricovero ospedaliero. Inoltre, il territorio, inclusa la medicina generale, meglio si presta allo sviluppo di attività di prevenzione e promozione della salute, la cui importanza è ormai ampiamente riconosciuta.

La normativa ha concentrato l'attenzione sulla chiusura e riconversione dei piccoli ospedali, quelli di dimensioni inferiori ai 120 abitanti, non solo per ridurre la capacità produttiva, ma anche per concentrarla in strutture di dimensioni maggiori. Da una parte, si ritiene infatti che un grande ospedale possa essere più efficiente, in quanto in grado di conseguire economie di

scala nella produzione di servizi ospedalieri. Dall'altra parte, si pensa che una struttura di dimensioni maggiori possa garantire di più la qualità delle prestazioni rispetto ai piccoli ospedali, dato che può sfruttare in modo più completo le risorse professionali in essa operanti, assicurando quella continuità nella pratica e nell'esercizio delle competenze che risultano fondamentali per la qualità del lavoro, soprattutto nelle prestazioni chirurgiche.

Il legame tra dimensione dei presidi e efficienza nella gestione delle risorse, da un lato, e efficacia delle cure, dall'altro, è solo parzialmente confermato dalla letteratura specializzata. Dopo avere condotto una piccola rassegna degli studi, Neri, Turati concludono che esistono

evidenze empiriche che supportano la chiusura dei presidi di più piccola dimensione per ragioni di efficienza, ma non sembrano esserci risultati che giustificano la costruzione di ospedali di grandi dimensioni. In altre parole, mentre appare giustificata la riorganizzazione dei presidi con meno di 120 posti letto, appare difficile supportare la costruzione di presidi con 400-600 posti letto.

Inoltre,

le evidenze sulla efficacia delle cure al crescere della dimensione sono molto più difficili da interpretare: probabilmente, almeno per alcune operazioni chirurgiche sono giustificate delle soglie minime al di sotto delle quali nessuna struttura dovrebbe operare; anche in questo caso, tuttavia, sembra difficile sostenere che si possono avere cure più efficaci in ospedali di grandi dimensioni (Neri, Turati, 2009, p. 229).

In ogni caso, al di là delle evidenze della letteratura, le politiche ospedaliere si sono orientate in modo deciso verso la concentrazione dei posti letto e delle risorse nelle grandi strutture, perseguendo chiaramente obiettivi di razionalizzazione organizzativa. Allo scoppio della pandemia, la struttura dei grandi nosocomi ha probabilmente favorito la diffusione del contagio all'interno degli ospedali. Ma soprattutto, la configurazione organizzativa dei servizi ospedalieri e la chiusura delle piccole strutture hanno finito in molti casi per privare il territorio di un sistema adeguato di cure di prossimità. Questo elemento è più evidente nei piccoli Comuni e nelle aree interne e ciò ha probabilmente inciso nella prima fase di diffusione del contagio, che ha colpito più pesantemente la provincia rispetto alle grandi aree urbane. Tuttavia, è presente anche nelle città di medio-grandi dimensioni e in quelle metropolitane.

Com'è noto, le politiche di de-ospedalizzazione avrebbero dovuto essere accompagnate dalla costruzione o dal rafforzamento di un sistema di servizi di assistenza territoriale e domiciliare, di quantità e qualità adeguata ai

bisogni della popolazione. In realtà in buona parte del Paese ciò non è avvenuto: i servizi territoriali e, in particolare, le cure primarie sono stati fortemente penalizzati nell'ambito delle scelte di politica sanitaria, effettuate in condizioni di ristrettezza delle risorse finanziarie.

Su tale esito ha influito anche la configurazione organizzativa assunta dai servizi di assistenza sanitaria pubblica. La tendenza a riunire le strutture di ricovero all'interno di Aziende ospedaliere separate dalle Aziende sanitarie ha finito spesso per spingere i sistemi sanitari regionali a privilegiare l'assistenza ospedaliera, anche perché più rispondente alla logica "produttivistica" dell'aziendalizzazione. Questo vale soprattutto per quelle Regioni che hanno costituito un maggior numero di Aziende ospedaliere. A risultarne penalizzati sono stati, da un lato, lo sviluppo di meccanismi di coordinamento e di integrazione tra ospedale e territorio, dall'altro, i settori delle cure primarie, della prevenzione e della salute collettiva, assai trascurate in questo contesto.

Allo stesso modo, il tradizionale ricovero in strutture destinate alla cura delle patologie per acuti avrebbe dovuto essere affiancato e in parte sostituito da un sistema di «cure intermedie», incentrato su forme di assistenza e di ricovero a bassa intensità, di breve o lunga durata, riservate a pazienti prevalentemente cronici che non possono essere seguiti a domicilio ma non richiedono trattamenti di alta specialità. Nonostante la diffusione di esperienze importanti sul territorio, lo sviluppo di tali forme di assistenza è ancora molto limitato e concentrato solo in alcune Regioni.

La conseguenza del mancato sviluppo del sistema di cure primarie e di assistenza territoriale è stata l'incapacità prevalente di gestire e contenere la pandemia al di fuori dell'ospedale, con il risultato di mandare in grave sofferenza le unità di Proto Soccorso e le strutture di ricovero, alle quali affluiscono grandi quantità di pazienti. Non a caso, le realtà territoriali nelle quali i distretti socio-sanitari delle Asl, la medicina generale e le cure primarie sono state invece valorizzate, sono quelle nelle quali la pandemia è stata governata in modo migliore. Infatti, nel momento in cui è esplosa l'emergenza, era disponibile una rete di servizi sul territorio da destinare abbastanza rapidamente a fronteggiare il Covid-19, limitando almeno in parte il coinvolgimento delle strutture ospedaliere.

Al di là della carenza di posti letto, appare quindi indispensabile lo sviluppo delle forme di assistenza alternative al ricovero ospedaliero, a partire dalle cure primarie. Se non si rafforzano i servizi territoriali, anche il potenziamento delle dotazioni ospedaliere rischia di essere limitatamente utile. Se prendiamo il caso delle terapie intensive, va infatti evidenziato che nel corso del tempo esse siano state rafforzate e non indebolite: secondo i dati del Ministero della Salute (2001; 2013; 2019), se nel 2000 i posti letto in terapia

intensiva ammontavano a 3.679 (6 per 100.000 abitanti), nel 2010 essi erano passati a 4.721 (7,8 per 100.000 abitanti) e nel 2017 a 5.090 (8,42 per 100.000 abitanti). Questa dotazione è risultata inadeguata nella prima ondata della pandemia, nelle realtà territoriali più colpite dal Covid-19 e, nonostante sia stata rafforzata nel corso del 2020, rischia di esserlo anche a fronteggiare la seconda ondata. Per quanto assolutamente opportuna, ogni possibilità realistica di potenziamento di queste unità come di altri servizi di tipo ospedaliero risulta infatti insufficiente a rispondere alle necessità di cura dei pazienti se questi in maggioranza non vengono prima intercettati e gestiti a domicilio e sul territorio.

## **Conclusioni**

L'analisi comparata dei dati relativi al numero di posti letto per acuti e complessivi mostra che in Italia i posti letto siano stati probabilmente ridotti in modo eccessivo rispetto ai bisogni determinati da situazioni di emergenza come quelle di una pandemia. Dato che tali condizioni sembrano perdurare e potrebbero ripresentarsi anche in altre forme, il potenziamento delle unità ospedaliere (strutture ma anche personale e attrezzature tecniche) appare indispensabile, anche e soprattutto per creare una dotazione di riserva per le emergenze. Anche la concentrazione delle risorse nei grandi complessi ospedalieri va forse riconsiderata, avendo penalizzato eccessivamente la presenza ospedaliera sul territorio.

Tuttavia, stabilire quale sia la dotazione strutturale adeguata all'interno delle strutture ospedaliere dipende fortemente dalla forza dell'assistenza territoriale, dalla medicina generale, in forte sofferenza, alle cure primarie e intermedie. È infatti lo sviluppo insufficiente di tali forme di assistenza, assieme alla carenza di meccanismi di integrazione efficaci tra ospedale e territorio, che determina in buona parte il sovraccarico del sistema ospedaliero, in misura non gestibile in condizioni di pandemia.

Per cambiare gradualmente questa situazione, occorre certamente investire maggiormente sulle cure primarie e l'assistenza extra-ospedaliera, ma probabilmente è necessario anche introdurre cambiamenti significativi nella configurazione organizzativa del sistema dei servizi sanitari pubblici sul territorio.

## Bibliografia di riferimento

- Klein R. (2013), *The New Politics of the Nhs. From Creation to Reinvention*, Crc Press, Boca Raton, VII ed..
- Ministero della Salute (2001), *Attività gestionali ed economiche delle Asl e delle Aziende ospedaliere. Annuario statistico del Servizio sanitario Nazionale. Anno 2000*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute (2013), *Attività gestionali ed economiche delle Asl e delle Aziende ospedaliere. Annuario statistico del Servizio sanitario Nazionale. Anno 2010*, Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute (2019), *Personale delle Asl. E degli Istituti di ricovero pubblici ed equiparati. Anno 2017*, Ministero della Salute, Roma.
- Mohan L. (2002), *Planning, Markets and Hospitals*, Routledge, London
- Neri S. (2020), *Emergenza coronavirus e transizione epidemiologica*, «Welforum.it», 28 luglio, <https://welforum.it/autori/stefano-neri/>
- Neri S., Turati G. (2009), “Processi di riorganizzazione della rete ospedaliera: ragioni teoriche, evidenze empiriche e fattori di successo. Il caso della riconversione dei piccoli ospedali in Emilia-Romagna”, in Bosi P., Dirindin N., Turati G. (a cura di), *Decentramento fiscale, riorganizzazione interna ed integrazione sociosanitaria: le nuove sfide dei sistemi sanitari regionali*, Vita & Pensiero, Milano, pp. 207-99.
- OECD (2020), *OECD Health Statistics 2020*, OECD, Paris (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>).

## 6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA

di Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini<sup>1</sup>.

Il medico di Medicina generale (MMG) svolge alcune funzioni sistemiche essenziali per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, dunque, per l'effettiva realizzazione della tutela della salute garantita dall'art. 32 della Costituzione, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Nel primo paragrafo illustriamo sinteticamente le caratteristiche del profilo professionale del MMG, condivise a livello Europeo ed in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Nel secondo delineiamo gli elementi salienti delle politiche nazionali italiane. Nel terzo presentiamo i dati della nostra analisi relativa all'andamento del numero dei MMG negli ultimi decenni in prospettiva comparata europea e sub-nazionale. Nell'ultimo paragrafo discutiamo le condizioni strutturali dei MMG di fronte alla pandemia ed i recenti provvedimenti di *policy* (creazione delle USCA).

### 1. Il ruolo centrale dei MMG nei sistemi sanitari europei

I MMG giocano un ruolo fondamentale di riferimento per i e le cittadine di fronte alla malattia, in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e recentemente confermate nel documento europeo *World Family Doctors Caring for People* (Evans, 2011), che evidenzia le seguenti principali caratteristiche della MG: luogo di primo contatto all'interno del sistema sanitario, occupandosi di tutti i problemi di salute e sviluppando un approccio continuativo e centrato sulla persona; coordinamento

---

<sup>1</sup> Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Angela Genova ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Davide Servetti del paragrafo 2, Angela Genova e Simone Lombardini del paragrafo 3, Angela Genova e Carmine Clemente del paragrafo 4.

delle cure sanitarie per un loro utilizzo efficiente; promozione della responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (empowerment); capacità di gestire situazioni di emergenza ma anche di cronicità; promozione della salute della comunità considerando la dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale della salute stessa.

Tutti i paesi europei concordano su queste caratteristiche che trovano, però, specifiche declinazioni all'interno di contesti organizzativi diversi. I sistemi sanitari europei, infatti, pur condividendo uno stesso orientamento rispetto alla funzione della Medicina Generale e alla necessità di un suo potenziamento per garantire efficacia ed efficienza dei servizi sanitari (Saltman, Bankauskaite, Vrangbaek, 2005), hanno definito politiche diversificate.

## **2. I Medici di Medicina Generale in Italia: le politiche**

Il MMG nelle politiche sanitarie italiane è figura chiave per l'accesso del singolo cittadino alle cure, interlocutore prioritario per i problemi di salute. Il nucleo di attività che qualifica principalmente la sua posizione nel sistema sanitario è riconducibile all'assistenza primaria, la cui definizione, come noto, è assai capiente<sup>2</sup>.

Nel contesto regolativo italiano i MMG sono impiegati anche in altri ambiti della sanità territoriale, come la continuità assistenziale (ex “guardia medica”) – la quale, non senza contraddizioni interne all'ordinamento giuridico, prosegue ad essere tenuta distinta dall'assistenza primaria – la medicina dei servizi e l'emergenza sanitaria territoriale. Si comprende, quindi, come essi rappresentino una risorsa determinante nell'organizzazione dei servizi extra-ospedalieri e non stupisce come, da oltre vent'anni, il nostro sistema sanitario si sia proposto l'obiettivo di una piena integrazione della MG nell'organizzazione del distretto sanitario, con ripetuti tentativi di intensità crescente, finora solo parzialmente realizzati.

Tale obiettivo assume però connotati peculiari nell'ambito delle due principali problematiche di integrazione del nostro sistema sanitario (l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria) e delle rispettive declinazioni interne (istituzionale, organizzativa, gestionale, professionale), con le quali pure il ruolo del MMG ha a che fare. La peculiarità, infatti, risiede nella circostanza che il legislatore abbia storicamente riconosciuto una

---

<sup>2</sup> Sul concetto di assistenza primaria fa stato la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, i cui paragrafi VI e VII ne offrono una definizione assai ampia. Per una prospettiva storica dell'assistenza primaria in Italia v. E. Guzzanti (2009).

forte autonomia organizzativa della MG nei confronti del SSN, sotto il profilo sia individuale sia collettivo, attraverso tre scelte di politica sanitaria tra loro strettamente interconnesse:

1. aver garantito al singolo il diritto a scegliere liberamente, seppur con alcuni limiti, il proprio di MMG, facendo contestualmente leva sull'assistenza medico-generica gratuita quale primo presidio del principio di universalità del SSN;
2. aver costruito i rapporti tra MMG e SSN mediante il c.d. “modello convenzionale”, accordando alla negoziazione collettiva ampi margini non solo nella disciplina dei profili giuridico-economici del rapporto di lavoro autonomo, bensì anche nella individuazione delle attività della stessa categoria professionale, nonché delle forme di organizzazione della stessa nell'ambito del SSN;
3. aver affidato una larga parte di funzioni e attività costitutive della sanità territoriale alla MG e, più in generale, alla medicina convenzionata.

Tali scelte legislative hanno quale principale riferimento positivo l'art. 8 del d.lgs. 502/1992, che ha superato la precedente ambiguità dell'art. 25, comma 3, della legge n. 833/1978 rispetto alla possibilità che assistenza medico-generica fosse prestata anche da personale dipendente (Taroni, 2011). Come noto, l'art. 8 è stato successivamente più volte modificato, potendosi individuare i più significativi interventi di riforma in quelli apportati con il d.lgs. 229/1999 (c.d. riforma Bindi) e il d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012, c.d. riforma Balduzzi). Siffatte innovazioni non hanno posto in discussione le predette linee fondamentali di politica sanitaria, concentrandosi invece, precipuamente, sull'obiettivo di una sempre maggiore integrazione della MG nell'organizzazione della sanità territoriale, per garantire un'effettiva continuità dell'assistenza. Al fine di permettere l'accesso al servizio di MG per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nel 2012 il legislatore ha previsto l'esercizio in forma associata della professione all'interno di due moduli organizzativi (già presenti nell'Accordo collettivo nazionale del 2009): le AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Il carattere strutturale e multiprofessionale di queste ultime prefigura anche la sistematica (e non più meramente sperimentale) individuazione di centri territoriali per l'assistenza primaria, quali luoghi fisici nei quali concentrare sia una pluralità di professionisti (medici convenzionati associati, personale infermieristico dell'azienda sanitaria locale, personale dei servizi sociali comunali) sia strumentazioni di base per la diagnostica ambulatoriale secondo il modello delle c.d. Case della Salute (Benigni, 2010; Barbieri et al., 2018, Landra et al., 2019), la cui figura,

secondo le proposte più recentemente intervenute, può evolvere verso le c.d. Case della Comunità<sup>3</sup>.

L'attuazione di questi fondamentali principi concernenti la Medicina Generale e l'assistenza primaria è affidata all'Accordo collettivo nazionale, nonché ai conseguenti Accordi integrativi regionali, secondo la logica propria del "modello convenzionale" sopra menzionato. Il lento procedere lungo il cammino dell'esercizio in forma associata della MG, da un lato, e la forte eterogeneità e frammentarietà dei modelli regionali di organizzazione dell'assistenza primaria (pochi dei quali hanno realmente puntato sulla concentrazione in medesimi centri territoriali dei professionisti), dall'altro, avevano già evidenziato la difficoltà di allineare nei tempi e nella concreta attuazione gli accordi collettivi e la programmazione regionale. Le criticità di tale intreccio sono storicamente note e si sono ripresentate, con particolare gravità, nella vicenda di (assai limitata) attuazione della riforma del 2012. Alcuni studi condotti a questo proposito negli ultimi anni (D. Argenio Huppertz, 2019; Jorio, Servetti, 2019) pongono di fronte a un bilancio tendenzialmente negativo, nel quale molto pesano sia lo stallo della "contrattazione" collettiva (l'Accordo nazionale vigente resta quello del 2009 e l'adozione del nuovo è stata ripetutamente rinviata, mentre in molte Regioni gli accordi integrativi sono ancora precedenti all'ACN vigente) sia la debole conformazione dei SSR ai modelli organizzativi delle AFT e delle UCCP, il cui recepimento, ove avvenuto, è stato per lo più solo formale.

### 3. I MMG in prospettiva comparata

A fronte dei cambiamenti di policy qui evidenziati si possono porre i dati relativi al numero di MMG per 100.000 abitanti in Italia rispetto alla media Europea. L'analisi comparata evidenzia come nei paesi europei (che aderivano all'UE prima del 2004) la media sia aumentata nel tempo. Il dato italiano presenta, invece, una tendenza opposta di riduzione. Se negli anni '90, infatti, il dato italiano era in sintonia con quello medio europeo, dal 2000 assistiamo a una crescente differenziazione con un evidente calo.

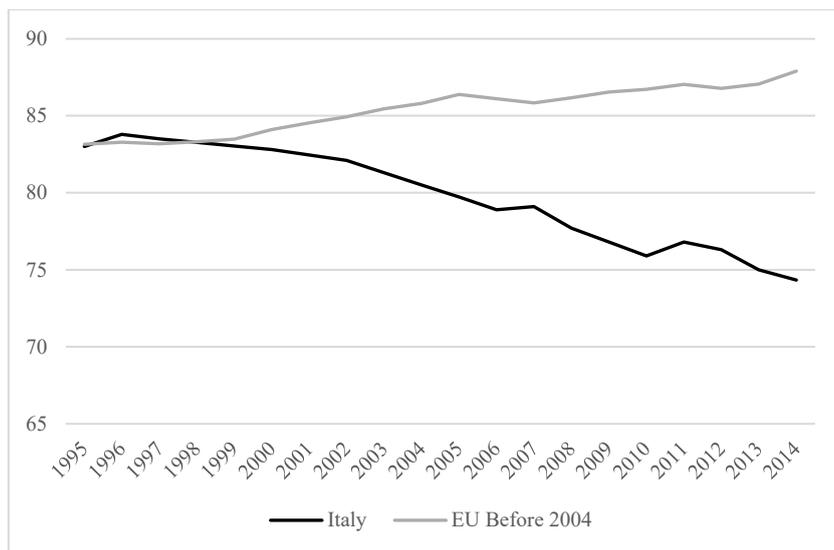
La riduzione del numero dei MMG su 100.000 abitanti in Italia deve inoltre essere messa in relazione con le modifiche nell'andamento demografico:

---

<sup>3</sup> Si vedano la proposta elaborata dal movimento "Prima la comunità" e il relativo manifesto ([www.primalacomunita.it](http://www.primalacomunita.it)), nonché gli indirizzi di riforma della sanità territoriale presentati dai rappresentanti del Ministero della salute in audizione presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica il 20 ottobre 2020 (sui quali v. ad es. Fassari (2020)).

al relativo aumento della popolazione anziana corrisponde un aumento della domanda di assistenza e cura sanitaria. Il calo nel numero dei MMG si presenta, quindi, particolarmente critico nel contesto demografico italiano. Nel 1995, infatti, gli over 65 rappresentavano il 16,6% della popolazione e nel 2012 il 21% (WHO, 2020).

*Fig. 1 – Andamento del numero di MMG su 100.000 abitanti in Italia e dato medio europeo (EU – paesi prima del 2004) Fonte: HFA, nostra elaborazione*



Il dato nazionale complessivo di riduzione dei MMG su 100.000 abitanti presenta delle marcate differenze territoriali, risultato del processo di regionalizzazione del nostro sistema sanitario. Le regioni del nord ovest e del nord est hanno in proporzione ridotto maggiormente il numero di MMG sulla popolazione. In particolare, Lombardia, Piemonte, Valle d’Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, ma anche Emilia-Romagna e Toscana sono le regioni più interessate dal calo.

La percentuale di MMG con più di 1500 pazienti è complementare al dato sulla riduzione dei MMG sul numero di abitanti e conferma come nel tempo il suo aumento sia stato maggiore in alcune regioni, prima tra tutti la Lombardia.

Fig. 2 – Medici di Medicina Generale per 100.000 abitanti nelle Regioni Italiane, 2017.  
Fonte: HFA, nostra elaborazione

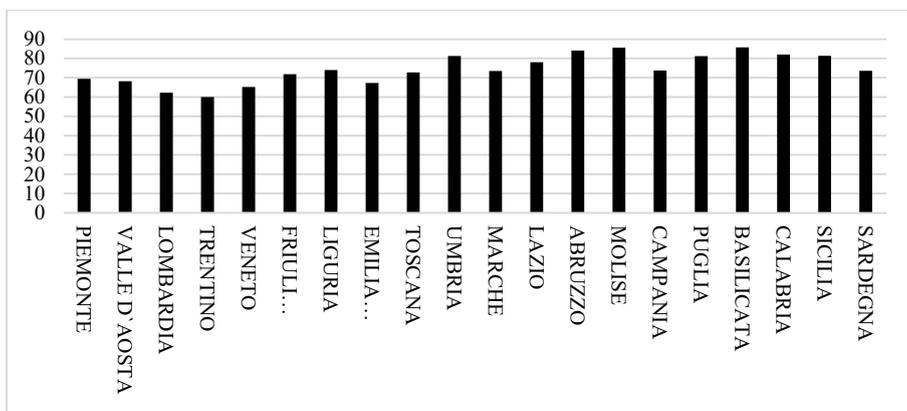
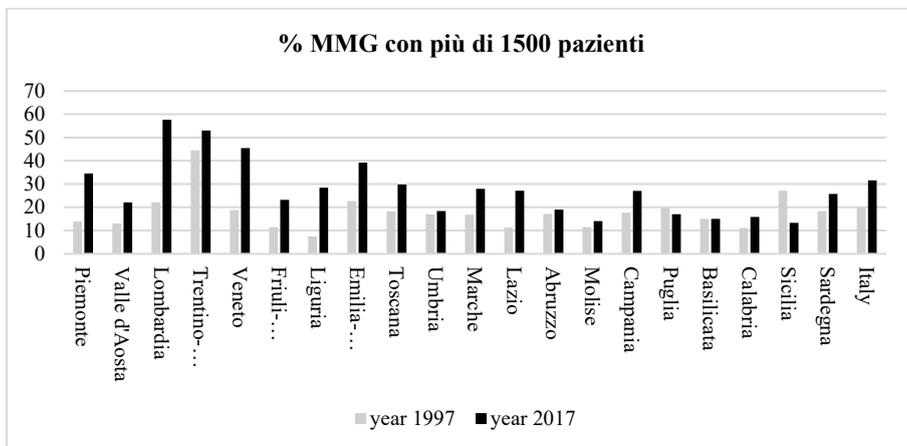


Fig. 3 – Percentuale di MMG con più di 1.500 pazienti. Fonte: HFA nostra elaborazione



#### 4. I MMG di fronte all'emergenza Covid-19

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato la posizione chiave della MG nel sistema sanitario italiano e l'indifettibilità del suo ruolo per una corretta gestione del paziente, insieme a rilevanti criticità sia numeriche che organizzative ricollegabili ai ritardi e alle inattuazioni sopra menzionate. La drastica riduzione nel personale in Italia è un dato strutturale che ha riguardato tutti i medici, ed elemento ancora più drammatico è che questo processo non è stato adeguatamente governato attraverso un riequilibrio con il potenziamento di

altre professionalità e competenze (Vicarelli Pavolini, 2015), inducendo a un depauperamento delle risorse professionali nel nostro sistema sanitario. La discrezionalità esercitata a livello regionale ha amplificato i processi in alcune regioni che sono, quindi, risultate particolarmente vulnerabili all'emergenza pandemica. I MMG rappresentano anche il 41% dei medici morti per Covid-19 (78, inclusi 6 pediatri – sul totale di 191) a dimostrazione del loro diretto coinvolgimento nella gestione pandemia<sup>4</sup>.

In tale quadro gli interventi del legislatore statale si sono rivolti, da un lato, al potenziamento degli organici della medicina convenzionata, con particolare riferimento alle attività di continuità assistenziale, dall'altro alla creazione di strutture organizzative ad hoc per potenziare l'attività territoriale per il fronteggiamento dell'emergenza pandemica.

In primo luogo, analogamente a quanto previsto per il personale e sanitario dipendente del SSN, si sono previste deroghe (temporanee) a requisiti e limiti posti al reclutamento di nuovi MMG, che hanno consentito la stipulazione di convenzioni a tempo determinato anche nei confronti di medici ancora iscritti ai corsi di formazione specifica in MG e ai corsi di specializzazione (art. 2-quinquies, d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020).

In secondo luogo, è da rimarcare l'introduzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), quale struttura organizzativa *ad hoc* per fronteggiare le straordinarie esigenze di gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, consentendo al contempo al MMG (e anche al PLS e al di continuità assistenziale) di garantire l'attività assistenziale ordinaria.

L'attivazione delle USCA è stata demandata alle Regioni nel termine di 10 giorni dall'entrata in vigore del d.l. 14/2020 (v. art. 8, poi sostituito dall'art. 4-bis del d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020, che ne reca la disciplina tuttora vigente). Esse devono essere istituite presso una sede di continuità assistenziale già esistente, nella misura di una unità speciale ogni 50.000 abitanti. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in MG; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto

---

<sup>4</sup> Peraltro, è attualmente in corso un dibattito in merito al riconoscimento dall'infortunio, al momento previsto unicamente per i medici ospedalieri e non per i MMG (secondo l'art. 42 del decreto 18/2020 – convertito nella legge 27/2020).

un compenso lordo di 40 euro ad ora. Spetta al MMG (nonché al pediatra di libera scelta o al di continuità assistenziale) comunicare alle USCA il nominativo e l'indirizzo dei pazienti interessati.

La possibilità di inserire anche altre professioni è stata prevista dal legislatore statale nell'art. 1, d.l. 34/2020, conv. l. 77/2020. Il potenziamento dei servizi territoriali ivi previsto include l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (in un rapporto non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti). Il decreto estende inoltre ai medici specialisti ambulatoriali la possibilità di partecipare alle USCA, così come agli assistenti sociali (per svolgere attività di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e favorire l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari del territorio) e agli psicologi.

L'istituzione delle USCA e le altre misure di fronte all'emergenza pandemica (fra queste ultime anche la possibilità di fare tamponi per la diagnosi del Covid-19 presso i MMG) confermano che alcuni temi centrali relativi alla figura professionale del MMG, come la sua formazione e la sua integrazione nella rete dei servizi sanitari, restano aperti. Rimangono, quindi, ancora non affrontate alcune questioni chiave nelle scelte di policy degli ultimi anni, responsabili del depauperamento della MG e della marcata differenziazione regionale.

Tale situazione è riconducibile a due diverse dimensioni: i processi di riorganizzazione territoriale delle politiche, noto come *rescaling*, e le relazioni tra attori coinvolti, noto come *governance delle politiche*. Per quanto riguarda il *rescaling* delle politiche sanitarie italiane, la pandemia ha rivelato la miopia di un processo di regionalizzazione marcato, frutto delle politiche di decentramento neoliberiste degli ultimi decenni (Brenner, 2004; Saltman, 2008) che ha determinato sistemi regionali con offerta dei servizi differente (poche regioni hanno investito in sistemi regionali di cure primarie) ma soprattutto non equa, sollevando il tema delle disuguaglianze territoriali e della mancata equità nell'accesso alle cure (Pavolini, Vicarelli, 2012).

Per quanto riguarda la *governance* del sistema sanitario, la pandemia ha mostrato la debolezza e ambiguità del rapporto tra MMG e il resto del sistema sanitario. Ha messo a nudo, cioè, un gap strutturale tra cure primarie e il resto delle cure (ospedale e alta specializzazione), ma anche un gap tra cure primarie e il resto del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione, perché la salute è molto più che assenza di malattia (Marmot, 2005). La pandemia ha messo in luce, inoltre, la frattura tra sistema sanitario e sociale, lasciando scoperti tanti bisogni della popolazione. Il tentativo di inserire un assistente sociale nelle USCA è tardivo e rischia di essere poco efficace dove mancano le relazioni tra il sistema sanitario e il territorio, la

comunità, i servizi sociali dei comuni che curano la promozione del benessere del territorio conoscendo la comunità nei suoi bisogni e nelle sue risorse.

## Bibliografia di riferimento

- Argenio Huppertz D. (2016), “L’applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie”, in C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Barbieri L., Botturi D., Cacciapuoti I., Donatini A. (2018), *Le case della salute in Emilia-Romagna*, Regione Emilia-Romagna.
- Benigni B. (2010), *La casa della salute ovvero La salute è di casa. Nuova infrastruttura del welfare italiano*, Roma, Edizioni Libertà.
- Brenner N. (2004), *New state spaces: Urban governance and the rescaling of statehood*, Oxford University Press, Oxford.
- Evans P. (2011), *Wonca Europe 2011 Edition. The European definition of General Practice*.
- Fassari L. (2020), *Riforma della medicina del territorio. “Legge Balduzzi incompiuta ora puntiamo su Case e ospedali di comunità, assistenza domiciliare ‘hi-tech’ e nuove Rsa”. Il Piano del Ministero, «Quotidiano Sanità», 22 ottobre 2020.*
- Guzzanti E. (2009), *L’assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, a cura di M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.
- Jorio E., Servetti D. (2019), *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, «Corti Supreme e Salute», 2, pp. 259-287.
- Landra S., Prandi F., Ravazzini M. (a cura di) (2019), *La salute cerca casa*, Derive e Approdi, Roma.
- Marmot M. (2005), *Social determinants of health inequalities*, «The Lancet», 365(9464), pp. 1099-1104.
- Pavolini, E., Vicarelli, G. (2012), *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*, «Current Sociology», 60(4), pp. 472-488.
- Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (2005), *Primary care in the driver’s seat?: Organizational reform in European primary care* (Vol. 51). McGraw-Hill Education (UK).
- Saltman R.B. (2008), *Decentralization, re-centralization and future European health policy*, «European Journal of Public Health», 18(2), pp. 104-106.
- Taroni F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma.
- WHO European Data Warehouse <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (15/11/2020).
- Vicarelli G., Pavolini E. (2015), *Health workforce governance in Italy*, «Health Policy», 119(12), pp. 1606-1612.

# *7. Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia*

di *Elena Spina*

## **Introduzione**

Nelle pagine che seguono vengono presentati alcuni dati quantitativi relativi al personale del SSN. L'attenzione si concentra, in particolare, su medici e infermieri adottando un approccio di sociologia storica. L'obiettivo è quello di vedere in che misura le scelte di politica sanitaria, compiute nel tempo, abbiano impattato sull'entità dell'organico in forza al SSN e quali ricadute esse abbiano prodotto sullo scenario attuale, gravato dall'avvento della pandemia da Sars-Cov-2.

In quest'ottica, a partire dall'istituzione del SSN, sembra possibile individuare due distinte fasi:

- una strutturale e di più lungo periodo, che va dal 1978 al 2008, attraversata da intense trasformazioni sul piano istituzionale ed organizzativo. In questa fase il personale medico ed infermieristico non solo cresce in termini numerici, ma si avvia ad un processo di ulteriore professionalizzazione;
- una fase più contingente, conclusasi nel 2019, in cui si assiste ad una riduzione significativa del personale sanitario.

L'avvento della pandemia, nei primi mesi del 2020, sembra configurare l'avvio di una nuova fase in cui stanno drammaticamente emergendo una serie di criticità che appaiono legate soprattutto alle scelte compiute negli ultimi 10 anni in termini di depotenziamento del SSN.

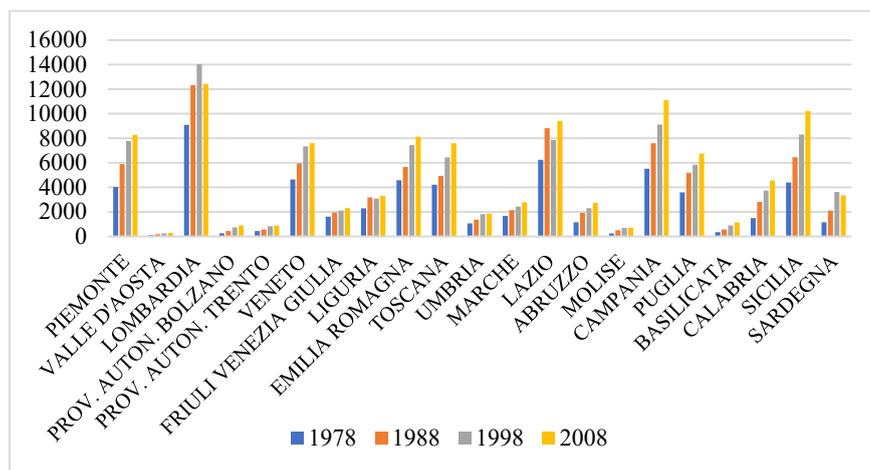
## **1. La lenta implementazione del SSN: 1978-2008**

I trent'anni che vanno dalla istituzione del SSN al 2008, benché interessati da intensi processi riformatori, si caratterizzano per una crescita costante

del personale del comparto sanitario. Né la riforma in senso aziendalistico introdotta dal D.lgs. n.502/1992, né quella avvenuta per effetto del D.lgs. 229/99 volta a correggere alcuni meccanismi di aziendalizzazione, né, da ultimo, la revisione del Titolo V della Costituzione del 2001, agiscono, infatti, nella direzione di depotenziare l'organico del SSN che invece va progressivamente aumentando. La crescita è da intendersi sia in senso numerico sia in termini di accrescimento dello status socioeconomico dei professionisti impiegati, soprattutto se si considerano le professioni non mediche. Il periodo delle riforme, infatti, muove anche dalla necessità di riqualificare i servizi a partire dalla professionalizzazione dei soggetti che li erogano: si apre dunque una intensa stagione normativa che porta a disciplinare le professioni sanitarie tramite l'istituzione, tra il 1994 e il 2001, di 23 profili professionali e la riorganizzazione dei relativi percorsi formativi, che acquisiscono per la prima volta una dimensione accademica.

In questo lungo arco temporale, tutte le regioni mostrano un complessivo incremento del personale medico (fig. 1) ad eccezione della Lombardia dove, tra il 1998 e il 2008, si osserva una riduzione dell'11,4%, pari a 1.607 unità, presumibilmente attribuibile alla progressiva implementazione della sanità privata promossa dal governo Formigoni a partire da quegli anni. Una riduzione di personale medico, seppure più contenuta, si registra anche in Sardegna (7,5%) dove il problema pare legato alla carenza di borse per l'accesso alle scuole di specializzazione.

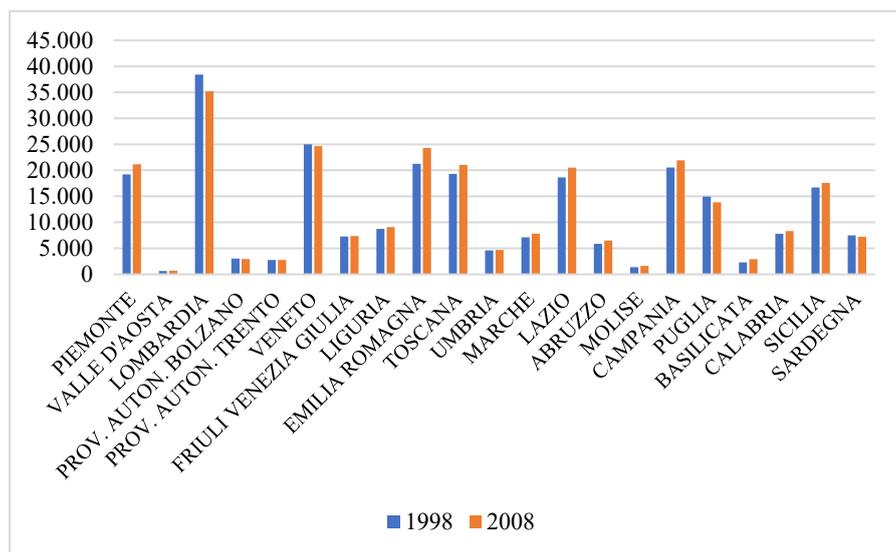
Fig. 1 – Incremento personale medico dipendente dal SSN per regione, anni 1978-1988-1998-2008



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e dati ISTAT

I dati relativi al personale infermieristico, disponibili soltanto per il 1998 e il 2008, mostrano un complessivo aumento nella maggior parte delle regioni italiane (fig. 2). In questo caso, tuttavia, sono 4 le regioni che fanno registrare una riduzione: accanto alla Lombardia (8,4%) e alla Sardegna (3,6%), il numero degli infermieri si riduce anche in Puglia (7,3%) e nella PA di Bolzano (2,6%).

Fig. 2 – Incremento personale infermieristico dipendente dal SSN per regione, anni 1998-2008



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute e dati ISTAT

### 3. Un periodo di decostruzione: 2009-2019

Dal 2008 prende avvio una seconda fase che dura fino al 2019 anno in cui, alla dinamica espansiva del periodo precedente, fa seguito una decrescita collegata al ridimensionamento del welfare italiano (Vicarelli 2020). La forte razionalizzazione della spesa sanitaria si traduce nei fatti in una continua riduzione dei costi legati al personale del SSN. Anche a seguito del blocco del turnover, in questi anni il personale a tempo indeterminato diminuisce fortemente: al 31 dicembre 2018 è inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (differenziale che sale a 41.400 unità se confrontato rispetto all'anno 2008). Tra il 2012 e il 2017, il personale (sanitario, tecnico,

professionale e amministrativo) dipendente a tempo indeterminato in servizio presso le Asl, le Aziende Ospedaliere, quelle universitarie e gli IRCCS pubblici passa da 653 mila a 626 mila con una flessione di poco meno di 27 mila unità (-4 per cento) (Mef/RGS, 2019).

Alla diminuzione del personale stabile fa da riscontro l'incremento del lavoro flessibile. Nel 2018, nel comparto sanità si concentra il 45% dell'utilizzo di unità annue a tempo determinato di tutta la PA (35.481 su 79.620). Tale cifra è il risultato di un andamento decrescente dal 2009 al 2013 (da 33.356 a 27.337 unità), cui fa seguito un notevole incremento nei quattro anni successivi (37.028 unità nel 2017). La riduzione del tempo determinato registratasi nel 2018 è da mettere in relazione, spiega Vicarelli (2020) con l'avvio di nuove assunzioni a tempo indeterminato che crea una minore necessità di ricorrere a tale tipologia di lavoro.

Entrando nel merito dell'attività svolta si evidenzia, in primo luogo, che, dal 2010 al 2017, diminuiscono gli occupati in tutti i ruoli del comparto sanità con particolare accentuazione di quelli professionali, amministrativi e tecnici (Ministero della Salute 2010, 2017). In valori assoluti, tuttavia, la diminuzione del personale sanitario (21.813 addetti) è superiore a quella degli altri tre ruoli conteggiati assieme (20.964). Nello specifico, vengono meno 6.348 medici e odontoiatri e 10.373 infermieri (fig. 3).

La flessione dei medici si concentra soprattutto nelle regioni in piano di rientro mentre nelle restanti regioni il numero si riduce meno e tale decremento è più che compensato a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (Corte dei Conti 2020).

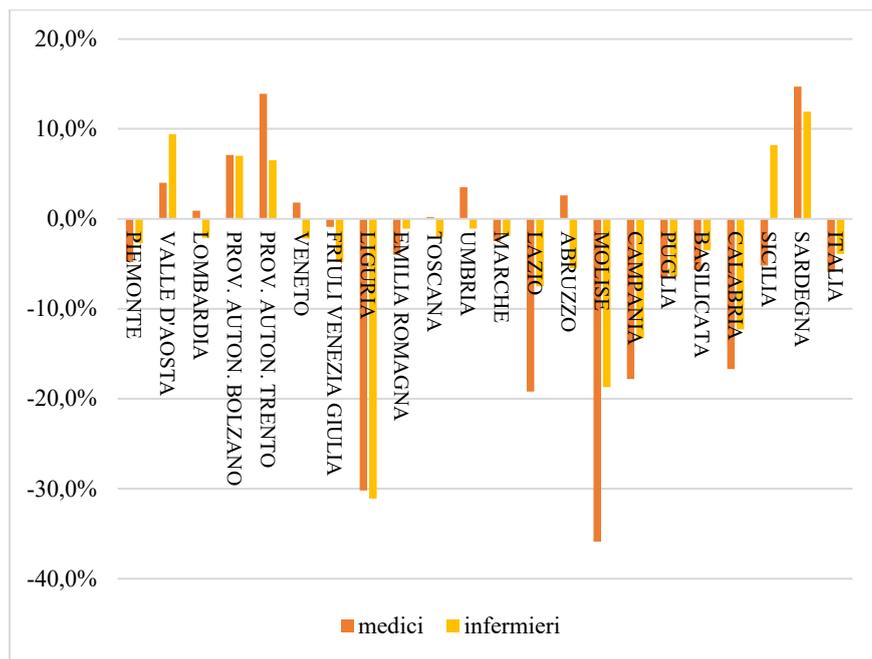
Simile l'andamento per quanto riguarda il personale infermieristico osservato nello stesso arco temporale e analoga la variabilità regionale: se a livello nazionale gli infermieri si riducono del 3,9%, tale decrescita raggiunge valori molto alti in Liguria (31,1%) mentre si osserva un aumento in Sardegna (11,9%), in Val d'Aosta (9,4%) e in Sicilia (8,2%).

Queste variazioni non incidono in modo determinante sul rapporto numerico infermieri/medici che resta, in Italia, molto basso passando da 2,46 del 2010 a 2,51 del 2017 pur con forti variazioni regionali: si va infatti sotto il 2 in Calabria, Sicilia e Sardegna e si sale sopra il 3 in Veneto, Emilia-Romagna e P.A. di Bolzano (Ministero della Salute 2010, 2017).

I dati presentati documentano come nell'ultimo decennio si sia registrata una effettiva svalorizzazione del personale medico ed infermieristico. Non solo si è avuta una diminuzione in termini assoluti degli occupati a tempo indeterminato, con sostituzioni parziali da parte di personale più o meno flessibile, ma le stesse condizioni contrattuali (comprese dunque le retribuzioni

medie lorde) (Vicarelli 2020) sono rimaste praticamente invariate a fronte di condizioni di lavoro nettamente peggiorate.

Fig. 3 – Variazione del personale medico ed infermieristico dipendente dal SSN per regione, 2010-2017 (%)



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

A fronte di tale processo, tuttavia, si assiste ad un aumento del 5,2% della dotazione di medici in alcune specialità rispetto al 2012. In particolare, al 31 dicembre 2019 l'Italia può contare su 66.481 medici specialisti nell'area dell'emergenza, delle malattie infettive, delle malattie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare e della medicina interna (Istat 2020). L'aumento è diverso a seconda del tipo di specializzazione: la crescita riguarda gli anestesisti (+13,3%), gli specialisti dell'emergenza (9,8%) e quelli delle malattie dell'apparato cardiovascolare (+7,4%). Per contro risulta ridotta del 8,3% la già esigua dotazione di specialisti delle malattie infettive e tropicali. Le regioni nelle quali la dotazione di specialisti è significativamente più elevata della media nazionale (110 specialisti per 100 mila residenti) sono la Liguria (134), la Sardegna (125), il Lazio e la Toscana (121), mentre nelle province autonome di Bolzano (86) e Trento (92), in Basilicata (94) e in Veneto (95) la dotazione è sotto la media. Questi aumenti non compensano però

l'emorragia di professionisti sperimentata nel corso degli anni precedenti e la carenza di personale resta importante. Ciò sembra peraltro confermato da uno studio condotto dall'Anaa nel 2019 che stima, per il 2025, un ammanco di circa 17.000 medici specializzati rispetto alle esigenze regionali. Le regioni complessivamente più carenti saranno il Piemonte e la Lombardia (rispettivamente -2004 e -1921), la Toscana (-1793), la Puglia, la Calabria e la Sicilia (con 1686, 1410 e 2251 medici in meno). Nessuna regione, ad eccezione del Lazio, riuscirà, secondo queste stime, a soddisfare il disavanzo dovuto all'uscita di specialisti. Le aree di specializzazione più carenti saranno medicina d'emergenza-urgenza (4241), pediatria (3394), medicina interna (1878), anestesia, rianimazione e terapia intensiva (1523), chirurgia generale (1301). Interessante osservare come alcune di queste specializzazioni (medicina d'emergenza-urgenza e terapia intensiva), messe così duramente alla prova dall'emergenza sanitaria, risultassero già tra quelle più carenti di personale.

Sul versante infermieristico la situazione non sembra migliore: secondo un rapporto della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) del 2018 servirebbero circa 157mila infermieri per raggiungere la media UE che è di 8,4 infermieri per 1000 abitanti contro i 6,1 dell'Italia. Mancherebbero, invece, 53mila unità per raggiungere il rapporto di 1 medico per 3 infermieri come da standard internazionali. La situazione è disomogenea a livello regionale: ci sono regioni che hanno raggiunto questo standard, come l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, il Veneto, il Molise e la PA di Bolzano, e regioni in cui si registrano carenze importanti che allontanano dal raggiungimento del rapporto 1:3 tra medici ed infermieri (alcune in particolare come la Sicilia dove si stimano 9.755 infermieri in meno).

La svalorizzazione del personale sanitario di questi anni si somma a problematiche identitarie vissute dalle professioni e acuite dai processi di managerializzazione, aspetti che richiedono una particolare attenzione da parte delle istituzioni, pena la disaffezione e l'affievolimento del senso di appartenenza (Neri *et al.* 2020).

#### **4. Verso una nuova fase?**

All'inizio del 2020, dunque, il SSN si trova con una dotazione di personale molto ridotta e in particolare con una netta carenza in alcune specialità tra quelle maggiormente impegnate nel far fronte alla pandemia. Per fronteggiare l'emergenza, il governo ricorre a procedure straordinarie di reclutamento, in deroga alla disciplina vigente, al fine di potenziare, in modo

particolare, i reparti ospedalieri di virologia e pneumologia duramente coinvolti nella cura dei pazienti affetti da Covid-19. Tra le molte misure poste in essere, vengono previste: la stipula di contratti per il personale in quiescenza, il conferimento di incarichi a specializzandi all'ultimo e penultimo anno di formazione, l'introduzione del principio della laurea abilitante. Con uno stanziamento di oltre un miliardo di euro stabilito nel decreto "Cura Italia" (D.L. n.18 del 17 marzo 2020, convertito in L. n. 27 del 24 aprile 2020), ai primi di maggio sono 23.580 i lavoratori assunti (di cui 4.917 medici e 11.144 infermieri) che salgono a quota 29.433 a settembre (di cui 6.330 medici e 13.607 infermieri) (Ministero della salute 2020). A questi dovrebbero aggiungersi altri 9.600 infermieri di famiglia previsti nel "Decreto Rilancio" (D.L. 34 del 19 maggio 2020, convertito in L. n.77 del 17 luglio 2020) che tuttavia ad oggi non risultano ancora arruolati (poche regioni avrebbero iniziato ad assumerne tra cui Veneto, Emilia-Romagna e Toscana) (Bartoloni 2020). In pochi mesi, cioè, entrano nel sistema oltre la metà dei lavoratori che si erano persi negli ultimi dieci anni. In molti casi si tratta di contratti a tempo determinato (al momento i dati disponibili non ne consentono una quantificazione precisa); in altri, tuttavia, l'assunzione è definitiva e ciò permetterà di rafforzare gli organici anche per il futuro.

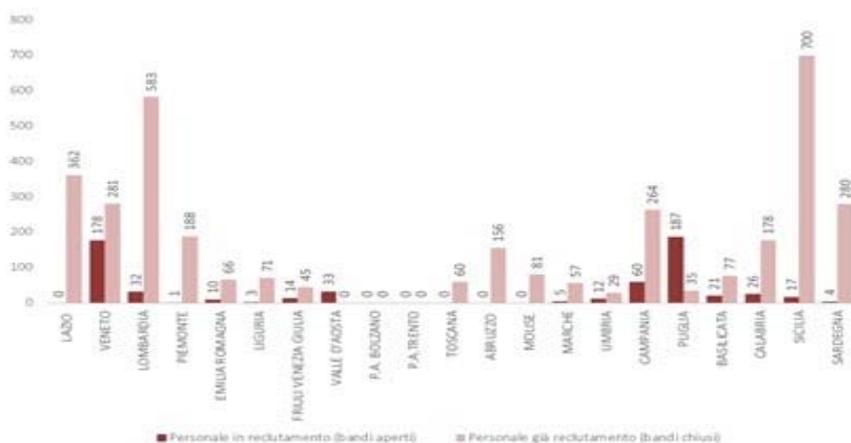
Nonostante tale potenziamento, con l'avvento della "seconda ondata" riesplode il problema della mancanza di personale. Ciò sollecita il governo a stanziare, nella manovra economica varata il 18 ottobre 2020, altri 4 miliardi per la Sanità, parte dei quali per assumere ulteriori 30 mila operatori. Al fine di fronteggiare la carenza di anestesisti-rianimatori, che manda in sofferenza i reparti nella seconda ondata dell'epidemia, il presidente dell'Ordine dei Medici Anelli chiede di sbloccare i concorsi riservati a tali specialità così da avere disponibili altri 14.500 potenziali medici. Si propone altresì di impiegare nelle corsie gli specializzandi al terzo anno di corso (circa 600), anziché, come avvenuto fino ad ora, quelli dal quarto in poi.

È difficile stabilire dove, ad oggi, siano collocati i neoassunti dal momento che sulla spesa sanitaria regionale le informazioni sono parziali e frammentarie. Se, infatti, possono essere esaminate le assunzioni strutturali, avvenute tramite bandi pubblici, non sono tracciabili i reclutamenti avvenuti direttamente da parte delle aziende sanitarie attraverso i contratti di lavoro autonomo, tramite le conferme di contratti già in essere, attraverso contratti rivolti agli specializzandi e quelli relativi al personale richiamato dopo il pensionamento.

Secondo le analisi condotte settimanalmente dall'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (ALTEMS) dell'Università Cattolica, in base all'ultimo rapporto (fermo alla settimana del 5 novembre 2020)

la Sicilia, con 700 assunzioni, detiene il primato in termini assoluti, seguita dalla Lombardia (583), dal Lazio (362), dal Veneto (281) e dall'Emilia-Romagna (264) (fig. 4). In termini relativi, rapportando le assunzioni alla dotazione regionale in epoca pre-Covid, lo sforzo maggiore è compiuto dal Molise e dal Piemonte (rispettivamente +18% e +17%) seguiti da Valle d'Aosta (+11%), da Sicilia e Basilicata (+8%).

Fig. 4 – Unità di personale medico aggiuntivo



Fonte: ALTEMS 2020

Le analisi di ALTEMS distinguono tra i bandi che fanno specifico riferimento all'emergenza coronavirus e quelli generici. Dai dati emerge come le regioni non in piano di rientro riservino una percentuale minore di posti, rispetto alle regioni in piano di rientro (rispettivamente 48% e 56%), all'assunzione di medici specializzati nelle aree più direttamente legate al Covid-19 quali anestesia e rianimazione, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive, medicina d'urgenza, medicina interna, microbiologia e virologia, sanità pubblica.

## Considerazioni conclusive

Nelle pagine precedenti si è analizzato l'andamento quantitativo del personale sanitario, guardando alla crescita e alla decrescita in termini numerici dei medici e degli infermieri in forza al SSN. L'obiettivo era infatti quello di scattare un'istantanea sul presente, in cui sembra aprirsi una nuova fase

avviata dell'emergenza sanitaria che sta mettendo a dura prova la capacità di resistenza del sistema. Le politiche per il personale che si sono susseguite negli oltre 40 anni trascorsi dalla istituzione del SSN sono il frutto di processi trasformativi multipli, complessi e ampiamente diversificati. La loro analisi richiederebbe la lettura congiunta di più aspetti e l'utilizzo di approcci integrati (quali quantitativi) per cogliere le ragioni che hanno determinato l'avvicinarsi di fasi di potenziamento e fasi di svalorizzazione delle risorse umane occupate nel SSN. Tuttavia, la lezione da trarre da questi processi, sembra quella di avere "più cura di chi cura" valorizzando il personale sanitario in termini non solo quantitativi, ma anche di riconoscimento economico e di legittimazione sociale, pena la fragilizzazione del SSN e la sua incapacità di far fronte alle future (forse ricorrenti) situazioni di crisi.

## Bibliografia di riferimento

- Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (2020), *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, InstantREPORT#27, 05 Novembre 2020*, consultabile al sito <https://altems.unicatt.it/altems-Instant%20Report%2027esima%20edizione.pdf>
- Anaao-Assomed (2019), *Studio Anaao Assomed – La mappa delle carenze di medici specialisti regione per regione*, consultabile al sito [http://www.anaao.it/public/aaa\\_2893564\\_studioanaao\\_carenzaregioni\\_20marzo2019.pdf](http://www.anaao.it/public/aaa_2893564_studioanaao_carenzaregioni_20marzo2019.pdf)
- Bartoloni M. (2020), *Coronavirus, i positivi a casa sono 100mila, ma i nuovi infermieri solo poche centinaia*, «Ilsole24ore» del 17 ottobre 2020
- Corte dei Conti (2020), *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, consultabile al sito <https://www.corteconti.it/Home/Organizzazione/UfficiCentraliRegionali/UffSezRiuniteSedeControllo/RappCoord/RappCoord2020>.
- Federazione Nazionale degli ordini delle Professioni infermieristiche (2018), *La carenza di infermieri Regione per Regione nel SSN. FNOPI: "Correre ai ripari"*, consultabile al sito <https://www.fnopi.it/2018/09/17/la-carenza-di-infermieri-regione-per-regione-nel-ssn-fnopi-correre-ai-ripari/>
- Istat (2020), *Rapporto annuale 2020 – La situazione del paese* consultabile al sito <https://www.istat.it/it/archivio/244848>.
- Istat (1990), *Annuario Statistico Italiano*, Istat.
- Istat (1980), *Annuario Statistico Italiano*, Istat
- MEF/RGS (2019), *Commento ai principali dati del conto annuale del periodo 2009-2018. Dati aggiornati al 29 novembre 2019*, consultabile al sito [www.contoannuale.mef.gov.it](http://www.contoannuale.mef.gov.it)
- Ministero della Salute (2020), *Dpcm su Covid-19, Speranza: "Sintonia tra scelte governo e italiani. Democrazia sempre punto di forza"* consultabile al sito <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioNotizieMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=4966>

- Ministero della Salute (2010 e 2017), *Annuari statistici del SSN*, consultabile al sito [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministero della Salute (2016), *Personale delle Asl e degli istituti di cura pubblici*, consultabile al sito [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Neri S., Spina E., Vicarelli M.G. (2020), “Le configurazioni mutevoli delle professioni sanitarie”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli M.G. (2020), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, pp.269-294
- Vicarelli M.G. (2020), *La valorizzazione delle risorse umane nel SSN: un principio disatteso*, «Rivista delle politiche sociali», in press.

## *8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione*

di *Arianna Radin*

Il volontariato sociosanitario italiano, dopo aver a lungo atteso i decreti attuativi del cosiddetto Codice del Terzo Settore, ha visto prorogate ulteriormente le scadenze più temute – l’approvazione dei bilanci e l’adeguamento degli statuti – a causa del Covid-19. Tuttavia, o forse proprio per questo, le organizzazioni di volontariato, hanno trovato una nuova normalità «per orientare il proprio comportamento e conformarsi a ciò che pensano siano le aspettative degli altri» (Horwitz, 2008, p. 71). L’obiettivo del presente lavoro è capire quanto questa resilienza, che ha permesso al volontariato sociosanitario di rimanere aperto quando molte attività venivano invece erano chiuse, di entrare, seppur rimanendo sull’uscio, quando molti altri rimanevano chiusi in casa, sia stata eterodiretta, innanzitutto dai Centri di Servizio di Volontariato (di seguito CSV).

I CSV hanno cercato infatti, sin dai primi momenti dell’emergenza, una nuova normalità per il proprio settore, innanzitutto attraverso una nuova comunicazione che focalizzasse l’attenzione sul proprio possibile contributo. Così, è stato proposto di sostituire il noto #iorestoacasa con #escosolopervoio dal CSV Molise o con #solidarietàinazione dal CSV Genova. Un’indagine, realizzata congiuntamente dal Centro di Servizio di Volontariato nazionale (CSVnet) e da quello lombardo (CSV Lombardia) nel corso della fase 1 della pandemia e pubblicata già a maggio 2020<sup>1</sup>, ha evidenziato come circa il 70 % delle organizzazioni di volontariato locali abbiano continuato a svolgere le proprie attività ordinarie, tre le quali, per il 50% dei rispondenti, rientrano anche la consegna pasti o farmaci a domicilio o le telefonate di compagnia.

Lungi dall’essere una rottura nella biografia delle organizzazioni di volontariato, l’emergenza sanitaria, divenuta ben presto sociale, ha finito per

---

<sup>1</sup> <https://www.csvlombardia.it/lombardia/post/covid-19-in-lombardia-la-ricerca-restituisce-limmagine-di-un-volontariato-diverso/> ultima consultazione: 8/11/2020.

legittimare quella “spiccata autoreferenzialità” già evidenziata in Licursi e Marcello (2017), ovvero quella «fatica a varcare il recinto delle attività in cui sono coinvolti, e a prendere coscienza della complessità dei bisogni che connotano il territorio in cui sono radicati (a meno che non si tratti di quelli con cui quotidianamente si misurano)» (p. 249). È un “volontariato per fare”, nel quale predomina il desiderio da parte dei volontari di essere utili alle persone, più che alla causa. Un volontariato che è fortemente legato alle istituzioni del territorio a cui fornisce, anche in tempi non emergenziali, servizi integrativi, spesso al limite della sussidiarietà. Limite di cui è stato sancito il superamento durante la prima fase della pandemia, come dimostrano le linee guida o le indicazioni sommarie fornite a livello regionale sulla gestione delle attività di volontariato.

Dall’analisi effettuata attraverso i portali regionali, CSVnet e il Forum del Terzo Settore<sup>2</sup> è emerso che cinque regioni hanno redatto, nella prima fase della pandemia, delle linee guida dedicate: Lazio, Puglia, Emilia-Romagna, Marche e Veneto<sup>3</sup>. Se da un lato stupisce il ritardo del Veneto e l’assenza della Lombardia, di cui si parlerà più avanti, dall’altro sembra opportuno sottolineare come tre delle cinque regioni sopra elencate fossero, a tutti gli effetti, in piena campagna elettorale al momento dell’emergenza socio-sanitaria.

Le attività consentite alle organizzazioni di volontariato corrispondevano, in grande misura, alle attività che la maggior parte di esse svolge già nell’ordinario: consegna di alimenti o farmaci, forme di assistenza domiciliare di prossimità quali disbrigo pratiche o piccole manutenzioni, assistenza alla persona in strutture residenziali di varia natura (socioassistenziale, socioeducative o strutture di accoglienza), servizi di teleassistenza e telesoccorso, nonché i compiti necessari allo svolgimento delle attività dell’organizzazione, quali la movimentazione dei dispositivi di sicurezza per i volontari. Dal momento che queste attività dovevano comunque svolgersi secondo le disposizioni nazionali in merito al contenimento della diffusione del Covid-19, è importante ricordare che se alcune attività dovevano essere regolate sulla condizione dell’utente (che poteva anche trovarsi in isolamento domiciliare poiché positivo), altre sembrano del tutto inadatte al momento, quali ad esempio le piccole manutenzioni – perché avrebbe significato entrare in

---

<sup>2</sup> CSVnet e il Forum del Terzo Settore hanno dedicato ciascuno una sezione del proprio sito all’elencazione ragionata ed aggiornata della legislazione prodotta in tema di volontariato e emergenza socio-sanitaria.

<sup>3</sup> Rispettivamente: Regione Lazio, 20 marzo 2020; Regione Puglia, 21 marzo 2020; Regione Emilia-Romagna, 25 marzo 2020; Regione Marche, 25 marzo 2020; e Regione Veneto, 10 aprile 2020.

casa di un “non-congiunto o la partecipazioni alle attività nelle strutture residenziali.

Anche il profilo delineato del volontario desta qualche perplessità. Le scelte sono state nette: dalla maggiore età ai 65 anni di età. Se la scelta è dettata, ovviamente, dai maggiori rischi che fasce più deboli della popolazione potevano affrontare nell’incontrare altri coetanei durante le attività di volontariato, è anche vero che in questo modo, principalmente per ragioni assicurative, si è tagliata fuori la parte di cittadinanza storicamente attiva nel mondo del volontariato: gli anziani. Per questo motivo, non stupisce che due regioni, di colore politico diverso, ovvero Emilia-Romagna e Veneto abbiamo intercettato questo bisogno di nuovi volontari – un bisogno peraltro già noto precedentemente all’emergenza socio-sanitaria – e abbiamo delegato il CSV come collettore dell’interesse dei singoli cittadini.

I CSV hanno avuto un ruolo chiave nella definizione di indicazioni per la gestione delle attività dei volontari anche in regioni che non si sono espresse ufficialmente attraverso linee guida dedicate. Se il CSV Campania, l’8 aprile 2020, ha proposto tra le indicazioni operative per gli enti del terzo settore anche l’attività del volontario singolo (caso unico in Italia, a quanto risulta dalla presente analisi), il CSV dell’Abruzzo, il 17 marzo 2020, sottolinea la necessità del singolo cittadino, non già inserito in attività di volontariato organizzato, di rivolgersi alla sezione della protezione civile locale o al proprio comune di riferimento per conoscere le opportunità di volontariato presenti sul territorio. Sicuramente più interessante, anche per i numeri e le persone coinvolte nell’emergenza sociosanitaria su quel territorio – è il caso della Lombardia. Il primo documento in merito è datato 3 aprile 2020 e riporta la dicitura «la Regione Lombardia ritiene necessario stabilire un modello operativo condiviso tra il sistema regionale di Protezione Civile, il Sistema Sanitario, le Amministrazioni locali (Province e Comuni) e il Volontariato organizzato di protezione civile». Tuttavia, di questa circolare, come viene definita dal CSV Lombardia, dove è possibile reperirla<sup>4</sup>, non c’è traccia dell’ufficialità di tale documento dal momento che è firmata come Protezione Civile Regione Lombardia. Sempre il 3 aprile, il CSV Lombardia pubblica un documento dal titolo «Coronavirus e volontariato, come posso rendermi utile?»<sup>5</sup> dove viene esplicitamente consigliato di contribuire al contenimento del Covid-19... restando a casa! Più interessanti sono altri documenti, redatti sempre dal CSV Lombardia. Ad eccezioni di una scheda intitolata

---

<sup>4</sup> <https://www.csvlombardia.it/lombardia/post/coronavirus-le-disposizioni-per-limpiego-del-volontariato/> ultima consultazione 8/11/2020.

<sup>5</sup> <https://www.csvlombardia.it/lombardia/post/coronavirus-e-volontariato-come-posso-rendermi-utile/> ultima consultazione 8/11/2020.

«Raccomandazioni per persone in isolamento domiciliare e familiari», si tratta di vere e proprie schede relative alle misure di sicurezza da adottare dedicate a chi si occupa del soccorso sanitario, a chi opera nel sociale, a chi si occupa della sanificazione dei veicoli di emergenza e a chi effettua servizi di consegna. Il documento più interessante è certamente quello intitolato «Dispositivi di protezione per chi effettua servizi di consegna»<sup>6</sup> perché non solo vengono date indicazioni specifiche sulle procedure da seguire prima, durante e dopo il servizio, ma anche e soprattutto perché viene proposta una forma di tutela del volontario non in quanto corpo, ma in quanto persona:

i volontari devono creare un clima di serenità sia con gli altri volontari sia con le persone assistite. Il momento è stressante per tutti. Con le persone assistite, pur osservando tutte le precauzioni, cercare di creare un contatto umano, offrire una parola gentile, chiedere come stanno e ascoltarle con pazienza.

E le altre regioni? Ufficialmente non pervenute. È chiaro che le regioni che si sono mosse per prime sul tema fossero anche quelle più colpite, con alcune eccezioni. Meno chiaro perché alcune regioni sembrano non essersi mosse mai a delineare i contorni del volontariato, che pure era attivo sul territorio. Si pensi alla Regione Piemonte nella quale, ad esempio, è stato istituito durante l'emergenza socio-sanitaria per volontà della città di Torino in collaborazione con il Banco Alimentare del Piemonte, il Banco delle Opere di Carità e la Rete del privato sociale del territorio il progetto "Torino Solidale" per la distribuzione di pacchi alimentari.

Un coordinamento che è sembrato mancare invece in Basilicata dove la richiesta è diventata politica, come ben indicato dal Form Terzo Settore locale:

È tuttavia evidente che non basta l'ospedale, occorre andare oltre le logiche di sanitarizzazione. Il rischio è infatti quello di riproporre, ancora una volta, una visione riparatoria con il Welfare territoriale di comunità al margine.(...) Non si tratta di contrapporre il sociale al sanitario, il territorio all'ospedale, si tratta, ancora una volta di concretizzare quanto da tempo sancito da indirizzi e normative, teoricamente acquisite, ma debolmente attuate<sup>7</sup>.

Una visione riparatoria è una felice espressione in un momento infelice perché rende bene l'idea di strappo del tessuto socio-sanitario, che le

---

<sup>6</sup> <https://www.csvlombardia.it/wp-content/uploads/2020/04/scheda-dpi-volontari-5.pdf> ultima consultazione 8/11/2020.

<sup>7</sup> [https://www.csvbasilicata.it/wpcontent/uploads/2020/04/tavolo\\_coronavirus.pdf](https://www.csvbasilicata.it/wpcontent/uploads/2020/04/tavolo_coronavirus.pdf) ultima consultazione 8/11/2020

associazioni di volontariato hanno cercato di ricucire con aghi e fili portati da casa in maniera autonoma, sotto la supervisione ma non la direzione delle istituzioni preposte.

### **Bibliografia di riferimento**

Horwitz A.V. (2008), *Normality*, «Contexts», 7(1), pp.70-71.

Licursi S., Marcello G. (2017), “Le organizzazioni di volontariato come attori di responsabilità politica e trasformazione sociale”, in Ascoli U., Pavolini E. (a cura di), *Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 219-251.



*II. Linee strategiche  
per il rilancio del SSN*



## 9. Ambiente e promozione della salute

di Giorgio Osti e Marco Ingrosso<sup>1</sup>

### 1. Riconnettere ambiente e salute ai tempi del Covid-19

Ambiente e salute pubblica hanno molte cose in comune; sono entrambi *commons* nel senso tecnico del termine (poco escludibili e sempre più sottraibili), hanno una grande complessità sistemica e rappresentano basilari condizioni di benessere. Allo stesso tempo vi sono alcune asimmetrie: l'ambiente in teoria racchiude la salute pubblica, il monitoraggio del primo risulta assai più complesso di quello della seconda, le risorse pubbliche messe in campo per la salute sono molto più ampie di quelle per la tutela dell'ambiente (Osti 2008).

Questi elementi di somiglianza e differenza sono importanti per capire la percezione di eventuali problemi dell'uno e dell'altra e la messa in opera di rimedi o forme di prevenzione dei danni. Essendo *commons* entrambi richiedono una forte mano pubblica, ancorché non esclusiva, sia in termini di direttive che di risorse. L'organizzazione dei servizi ambientali e sanitari diventa allora il fulcro di ogni analisi ed anche di eventuali proposte per il miglioramento del SSN, anche alla luce dell'emergenza Covid-19.

La crisi sanitaria da Covid-19 ha due punti principali di aggancio con la questione ambientale: uno riguarda la qualità dell'aria – concentrazioni di PM<sub>10</sub><sup>2</sup> avrebbero il duplice effetto di veicolare più rapidamente il virus e di indebolire ulteriormente il sistema respiratorio sul quale poi si sviluppa la patologia da Covid-19 – l'altro riguarda la presenza di allevamenti intensivi, quali bacini privilegiati per lo sviluppo, trasmissione e mutazione del virus. Vi sarebbe anche il disboscamento selvaggio quale fattore che favorisce il

---

<sup>1</sup> Il paragrafo 1 è da attribuirsi a Giorgio Osti, i paragrafi 2, 3, 4, 5 sono da attribuire a Marco Ingrosso.

<sup>2</sup> Si tratta di particolato formato da particelle con dimensioni minori di 10 µm, disperso nella bassa atmosfera.

virus, ma riguarda i paesi del sud del mondo. In Italia, abbiamo semmai il problema contrario (rimboschimento selvaggio).

Se consideriamo l'ambiente come territorio è evidente che anche l'organizzazione urbano-industriale conta. Ad esempio, sistemi metropolitani monocentrici, quali Milano o Torino, inducono flussi e concentrazioni di popolazione elevate: condizioni favorevoli per la diffusione esponenziale di molti agenti patogeni. Nell'ambiente come territorio includiamo anche il sistema sanitario, che ha per l'appunto una sua articolazione spazio-dimensionale.

In un quadro così complesso è utile focalizzare l'attenzione solo sui rapporti fra i sistemi di monitoraggio ambientale espressi dalle Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente (ARPA) e le Aziende Sanitarie Locali (ASL). Il punto di partenza è il referendum del 18 aprile 1993 che sancì la separazione dei servizi di monitoraggio ambientale dalle ASL. Una prospettiva di analisi che possa gettare luce su quella scelta e sugli sviluppi successivi poggia su un approccio interorganizzativo.

La separazione fra la funzione sanitaria e ambientale appare coerente con l'idea di Luhmann (1992) che la società si vada differenziando in sistemi sempre più autopoietici. Sia la salute che l'ambiente, certamente più il secondo della prima, hanno conosciuto un incremento di complessità, ponendo l'umanità di fronte a problemi del tutto nuovi, come la concentrazione di CO<sub>2</sub> nell'atmosfera o il trattamento di migliaia di sostanze di sintesi. Di fronte a queste novità i governi hanno creato delle task force, fra queste le ARPA. Giocoforza che non potessero essere tenute dentro un sistema, quello sanitario, già molto complesso e con una propria codifica dei problemi e delle relative soluzioni.

Nell'ottica di Luhmann la separazione crea problemi di comunicazione laddove il monitoraggio dell'ambiente genera segnali incomprensibili al sistema sanitario e viceversa. Ricordiamo che l'incenerimento dei rifiuti sanitari è un minuscolo, ma significativo problema ambientale. Ma la questione più ampia è se l'inquinamento produca danni alla salute e quali siano i metodi per il monitoraggio delle fonti. Sia le ARPA che le ASL tendono a comunicare all'esterno solo secondo un proprio codice, con forte rischio di incomprensioni reciproche. Se le classificazioni di una stessa sostanza chimica rispondono a due diversi criteri di analisi e di scopo è evidente l'esito di incommunicabilità.

Nonostante la comune matrice amministrativa ASL e ARPA, dunque, non sembrano sistemi particolarmente aperti al dialogo reciproco; se avviene, è spesso per iniziativa di singoli direttori o uffici. Ma la tendenza alla chiusura organizzativa rimane forte. Nella teoria dei sistemi luhmanniana la mitigazione dei problemi di specializzazione e autoreferenzialità consiste

nell'*accoppiamento strutturale* (Pelikan, 2007; Cardoso 2019). Noe e Alrøe (2015), studiando all'apparenza ambiti lontani dal nostro campo (sistemi agroalimentari), propongono tre modalità: 1) accoppiamenti funzionali, 2) accoppiamenti fra organizzazioni mediante certificazioni (*labels*) o reti, 3) meta-accoppiamenti.

Dietro un linguaggio notoriamente esoterico, vi sono alcuni spunti utili al nostro scopo. La prima modalità di *functional couplings* consiste nel connettere il sistema sanitario ad un insieme di valori e mete di sostenibilità ambientale. Questo è stato fatto tipicamente dalle ASL creando al loro interno i comitati etici, ma per questioni eminentemente umane. Quindi, o si allarga il ventaglio di questioni che i comitati etici devono trattare, oppure si crea un organismo con una funzione simile ma rivolto all'ambiente. Pensiamo all'obbligo di istituire un *energy manager* nelle aziende con oltre 300 dipendenti.

La seconda modalità di *organizational coupling* è a sua volta divisa in due: la prima (*mediated coupling*) consiste nell'ottenere da un ente terzo una patente di sostenibilità ambientale per le pratiche e le apparecchiature mediche di un'ASL. La proposta non è semplice perché vi è un forte rischio di burocratizzazione. In Italia il settore industriale è da tempo attrezzato con un sistema di autoregolazione dei flussi dei rifiuti, la nota etichetta 'Contributo Ambientale CONAI assolto'. Per una ASL appare più difficile certificare ambientalmente tutti le sue procedure, ma non impossibile, ad esempio con sistemi blockchain ([www.agendadigitale.eu/sanita/blockchain-per-migliorare-la-sanita-ecco-come/](http://www.agendadigitale.eu/sanita/blockchain-per-migliorare-la-sanita-ecco-come/)). Il *network coupling* appare ancora più abbordabile. Si tratta di inserire nelle pieghe dei processi di cura soggetti/entità esterni. I sistemi sanitari sono molto gelosi della propria chiusura organizzativa, per cui, ad esempio, la funzione terapeutica esercitata dalla visita dei parenti del paziente è rigidamente regolamentata. La *pet therapy* è una irruzione di un aspetto ambientale molto particolare nelle strutture sanitarie. Gli antichi sanatori avevano accorgimenti per includere sole e aria dotando le stanze dei malati di poggiolo. Sono tutte misure parziali e pure storiche. Un più ampio "accoppiamento strutturale" potrebbe avvenire grazie ad una ulteriore specializzazione delle ARPA, alle quali chiedere di sviluppare indicatori e dispositivi ambientali dentro i luoghi di cura. Ad esempio, misure per l'isolamento termico e acustico di ospedali e ambulatori. Anche la Rete Italiana Ambiente e Salute (RIAS) è una iniziativa nel senso del *network coupling*. Essa si presenta nelle vesti del progetto; non è una rete istituzionale permanente<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Il Progetto RIAS "Integrazione, formazione e valutazione di impatto dell'inquinamento ambientale sulla salute: Rete Italiana Ambiente e Salute" finanziato dal Centro Nazionale per

Infine, la terza modalità di *coupling*: dalle esemplificazioni di Egon Noe e Hugo Alrøe (2015) si intuisce che si tratta di spostare l'attenzione su meta-significati, la cui ampiezza, astrattezza e indeterminatezza possono far progredire il dialogo fra due organizzazioni, altrimenti condannate all'autoreferenzialità. È una concettualizzazione vicina ai *boundary objects*, che proprio per il fatto di essere ampi e passibili di diverse interpretazioni permettono a soggetti diversi di sedersi ad un tavolo e aprire negoziati. Bisogna aggiungere che tali oggetti di confine devono essere di grande fascino e capacità evocativa. La sostenibilità ambientale ha questo potere. E infatti quotidianamente si vedono i settori più disparati della società appellarsi a svolte green nel loro operato.

In conclusione, rispettando lo schema di analisi sono tre le proposte ambientali per il SSN: creare una sezione dedicata all'ambiente dentro le ASL, adottare certificazioni *green* per procedure e dispositivi, creare gruppi di lavoro misti con le ARPA, secondo il modello RIAS, che andrebbe quindi ampliato e reso una istituzione permanente.

## 2. Il cammino della Promozione della salute

La Promozione della salute (PS) costituisce una delle maggiori rivoluzioni concettuali e operative della sanità pubblica nell'ultima parte del XX secolo. Essa, tuttavia, è ancora in gran parte incompresa e inapplicata, specie dagli ambienti sanitari italiani.

Nella sua prima fase ideativa la PS si è concentrata sugli obiettivi indicati dalla *Carta di Ottawa*, ossia: a) *creazione di ambienti di vita quotidiana favorevoli alla salute* (Città sane, ospedali e scuole promotori di salute, promozione della salute negli ambienti di lavoro); b) *rafforzamento dell'azione delle comunità* (coinvolgimento delle amministrazioni locali, delle associazioni culturali, sportive e di volontariato); c) *riorientamento dei servizi sanitari* nella logica di renderli più adeguati ad interagire con gli altri settori (un aspetto risultato molto più problematico del previsto); d) *sviluppo delle capacità personali e del ruolo attivo delle persone* nelle scelte di salute (qui sono stati compiuti gli sforzi maggiori attraverso il coinvolgimento degli

---

la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (bando CCM 2018), nasce a supporto del Ministero della Salute sui temi Ambiente e Salute secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2019. Il progetto si focalizza sui temi dell'integrazione istituzionale, della formazione e della valutazione di impatto ambientale e sanitario, ed ha l'obiettivo di superare la settorialità dei processi valutativi e formativi e la frammentarietà delle discipline che concorrono a delineare il tema complesso del rapporto salute e ambiente.

ambienti scolastici e di quelli comunitari); e) *costruire politiche pubbliche per la salute e favorire il coordinamento delle politiche* (questo obiettivo è stato ripreso e approfondito negli anni successivi di fronte all'estendersi della crisi ambientale e delle diseguaglianze di salute).

Tali obiettivi incontrano negli anni '90 difficoltà crescenti in ragione dei forti cambiamenti economico-politici (prevalenza degli orientamenti neoliberalisti), epidemiologici (transizione demografica) e sociali (cultura individualista e narcisista) che spostano l'accento sul contenimento dell'azione pubblica e del welfare, sulla prevalenza dell'assistenza agli anziani, sul ridimensionamento dell'educazione e promozione come attività superflue rispetto all'ottica prestazionale ed economicistica imperante. È per questa ragione che molti degli obiettivi della *Dichiarazione di Jakarta* e delle *Raccomandazioni di Città del Messico* (2000) rimangono lettera morta (in particolare: aumentare gli investimenti, garantire un'infrastruttura per la PS, ampliare le partnership, colmare il gap delle diseguaglianze). A partire dalla *Dichiarazione di Nairobi* (2009) il movimento internazionale della PS ricomincia a puntare sui grandi cambiamenti di scenario resi necessari dalla crisi economica mondiale sviluppatasi a partire dal 2007/8, in primo luogo riaffrontando la questione delle diseguaglianze (mettendo in campo l'analisi dei determinanti di salute e lo strumento della "salute in tutte le politiche") e ponendosi l'obiettivo di concorrere allo sviluppo sostenibile e alla salute globale (*Dichiarazione di Shiangai* del 2016). Il movimento della PS si mette in gioco anche nel campo della "cura della salute" (in particolare attraverso l'approfondimento del concetto di *salutogenesi*) impegnandosi sulla qualità degli ambienti ospedalieri e sulla promozione della salute durante i periodi di malattia, nonché nelle condizioni di anzianità, disabilità, cronicità. In tal modo si passa da una prospettiva di intervento centrata sul benessere ad un orientamento che vede possibile *promuovere la salute in tutte le età della vita e in tutte le condizioni di vita*.

### **3. Una nuova strategia per investire in salute**

La pandemia da Covid-19 presenta caratteri tali da richiedere ripensamenti in tutta la strategia della PS (Asvis, 2020; Eupha-Health Promotion *et al.*, 2020; Ghebreyesus, 2020), ma dentro un quadro che non può che essere di riforma profonda di tutto l'assetto dei servizi sociosanitari, e in particolare di quelli territoriali. La PS per operare validamente ha bisogno di maggiori riconoscimenti e di un'autonomia operativa che le permetta di porsi come

ponte fra diversi attori e diverse politiche. In accordo con queste riflessioni, è necessario:

- a) che la PS disponga di *team multidisciplinari radicati nelle comunità locali* e dotati di risorse adeguate, capaci di interloquire coi servizi sanitari e sociali territoriali, con la scuola, con gli ambienti di lavoro e con quelli del tempo libero, con le reti associative, con le società sportive amatoriali, con gli operatori delle pratiche mente-corpo, con gli operatori culturali stabilendo nuove connessioni e progettazioni;
- b) è necessario continuare a lavorare per *l'empowerment, l'engagement e la partecipazione dei cittadini* al fine di accrescere la resilienza di individui, famiglie, gruppi e comunità;
- c) la cultura e le arti possono essere una grande risorsa per la salute in termini di salutogenesi, di benessere sociale, di elaborazione del disagio, di inclusione, di sviluppo della cura di sé e degli altri;
- d) diviene ancora più urgente operare in termini di *equità* e di investimento attento e calibrato alle esigenze specifiche dei gruppi fragili e vulnerabili al fine di ridurre le disegualianze, ma anche operare per una rinnovata fiducia e “fraternità” comunitarie;
- e) è necessario adottare in modo estensivo una prospettiva *life course* in cui le varie esigenze delle fasce d'età e generazioni vengano attentamente considerate e affrontate con interventi dedicati;
- f) è urgente operare in una prospettiva di *riequilibrio ecologico* attraverso *interventi intersettoriali* a vari livelli (dalle città agli accordi internazionali) e sulle varie politiche (trasporti, energia, abitazione, urbanizzazione, ecc.).

#### **4. L'Educazione alla salute fra scuola e *lifelong learning***

L'Educazione alla salute (ES) è da almeno un decennio in uno stato di stallo e di abbandono nel nostro paese. Ciò si è particolarmente accentuato per tutto il periodo dell'emergenza Covid-19. Sul piano qualitativo, l'ES in Italia si caratterizza per essere asistemica, frammentata, unidirezionale, basata su un canone standard, fermo da tempo alla triade alimentazione-attività fisica-comportamenti a rischio. Scarsamente diffusa e poco sostenuta è l'esperienza delle “Scuole che promuovono la salute”. Scarsamente praticata l'ES fuori dai tradizionali ambienti scolastici.

Le proposte di ripensamento e ricostruzione dell'ES nelle scuole possono così essere formulate:

a) l'intervento sviluppato nel tempo scolastico dovrebbe vedere il dispiegamento di un progetto complesso che comprenda la predisposizione di un ambiente di studio e di vita promotore di salute, la possibilità di sviluppare esperienze attive, l'ascolto dei ragazzi, la narrazione di vissuti, lo sviluppo progressivo di una attenzione alla cura propria, degli altri e dell'ambiente, l'attenzione alle fonti informative e alle risorse di aiuto e cura socialmente disponibili;

b) le competenze sulla salute e sulla cura (evocate da concetti quali *health literacy*, *life skills*, *self-care*: v. Ingresso, 2016) devono divenire un *asset* di base della formazione di ogni bambino, ragazzo e giovane; una sfida motivante per entrare nella vita adulta con adeguata consapevolezza e capacità di interlocuzione con gli operatori e gli ambienti del benessere e della cura;

c) per realizzare tali obiettivi è necessario operare a livello scolastico attraverso la costituzione di *équipe* interdisciplinari costituite da insegnanti motivati, educatori, psicologi e sociologi della salute, pediatri e altri esperti. È inoltre necessario costituire tavoli territoriali di coordinamento delle esperienze scolastiche fra i vari ordini di scuole.

Oggi è sostanzialmente assente una formazione alla salute nelle varie età della vita in una prospettiva di *lifelong learning* (Lindström and Eriksson, 2016). In particolare, sarebbe di estrema importanza affiancare i giovani nelle età post-adolescenziali e giovani-adulte in cui si operano le prime scelte autonome di stili di vita. L'ES può altresì essere un valido strumento anche in altre fasi della vita, in particolare durante i percorsi terapeutici, riabilitativi, convalescenziari: tali passaggi possono permettere alle persone di valutare i propri stili di vita adottando soluzioni salutogenetiche.

Per affrontare queste nuove sfide, l'ES abbisogna di una grande cambiamento paradigmatico che metta al centro non il "comportamento a rischio", ma *la persona* (e la sua comunità di riferimento), sviluppandone conoscenze, competenze, apprendimento dall'esperienza, motivazione e responsabilità in vista di un'adeguata e crescente capacità di uso delle risorse disponibili, di cura di sé, di attenzione e cura degli altri, degli esseri viventi e dell'ambiente.

## 5. Il ruolo della Comunicazione della salute (CS)

L'uso finora fatto della CS in Italia è stato piuttosto riduttivo e talvolta addirittura sostitutivo della ES e della PS. In realtà si tratta di uno strumento dalle alte potenzialità che va utilizzato in combinazione con le strategie della PS e ES. Sul piano macro si deve ragionare se oggi lo strumento del web può

essere pensato come luogo di interlocuzione con le diverse fasce di età in una prospettiva di *lifelong learning*, trovando linguaggi, spazi e format adatti ai vari interlocutori. Sul piano meso-micro, la dimensione territoriale della CS si può appoggiare a strumenti già esistenti promossi dai Comuni e da reti associative per raggiungere un pubblico locale e supportare progetti orientati a vari ambienti di vita quotidiana. In ogni caso ciò indica che dentro i team territoriali deve essere prevista la figura del comunicatore della salute dotato di adeguate competenze progettuali e operative.

## Bibliografia di riferimento

- Asvis (2020), *Politiche per fronteggiare la crisi da Covid-19 e realizzare l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile*, <https://asvis.it/public/asvis2/files/Pubblicazioni/RapportoASviSCovidAgenda2030.pdf>.
- Cardoso N.N. (2019), *The legal guardianship of water as coupling between environmental and health law*, «Direito da Cidade», 11(1), p. 381+. Accessed 7 Nov. 2020.
- Egon N., Alrøe H.F. (2015), *Sustainable agriculture issues explained by differentiation and structural coupling using social systems analysis*, «Agronomy for Sustainable Development», 35, 1, pp.133-144.
- Eupha-Health Promotion, Iuhpe e Unesco Chair Global Health & Education (2020), *Una prospettiva di promozione della salute nella risposta al COVID-19*, «Sistema Salute», 64, 2, aprile-giugno.
- Ghebreyesus T.A. (2020), *Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response*, «World Psychiatry», 19 (2), pp. 129-130.
- Ingrosso M. (2013), *Attualità e riorientamento della Promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo*, «Sistema Salute», 57, 3, luglio-sett.
- Ingrosso M. (2016), *L'educazione alla salute come lifelong learning. Riflessioni dentro e oltre la crisi contemporanea*, «Sistema Salute», 60, 1, genn.-marzo.
- Lindström B., Eriksson M. (2016), *From health education to health learning: implementing salutogenesis in educational science*, «Sistema Salute», 60, 1, genn.-marzo.
- Luhmann N. (1992), *Comunicazione ecologica. Può la società moderna adattarsi alle minacce ecologiche?*, FrancoAngeli, Milano.
- Osti G. (2008), “Natura interna, natura esterna: coincidenze, nessi e qualche tensione”, in Nuvolati G., Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Salute, ambiente e qualità della vita nel contesto urbano*, FrancoAngeli, Milano, pp. 66-78.
- Pelikan J.M. (2007), “Understanding Differentiation of Health in Late Modernity by Use of Sociological Systems Theory”, in D.V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J.M. Pelikan, L. Balbo, T. Abel (a cura di), *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*, Springer, New York, pp. 74-102.

## 10. Il territorio e la salute di comunità

di Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti<sup>1</sup>

### 1. I fallimenti del sistema di cure primarie

L'emergenza pandemica ha messo in evidenza numerose e importanti falle nell'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie e delle azioni di cure, nonostante la capacità di reazione dimostrata già a partire dagli esordi dell'epidemia. Le falle non riguardano esclusivamente aspetti organizzativi, ma si radicano nella difficoltà, di ordine innanzitutto culturale e politico, di intrecciare dimensioni sanitarie e sociali, individuali e comunitarie, istituzionali e interistituzionale in modo efficace, produttivo, protettivo. In particolare, e senza pretesa di esclusività, richiamiamo l'attenzione sull'evidente fallimento di interventi incentrati sul "paziente" inteso come prevalentemente "corpo malato", e non come "persona portatrice di bisogni"; sui ritardi e le resistenze a una compiuta integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale; sull'affanno della risposta dell'assistenza primaria ai bisogni dei pazienti, e ciò non per volontà degli attori, ma per la insufficiente implementazione di indirizzi di politica sanitaria presenti nel nostro sistema fin dalla 1.833/78.

Si tratta, più in generale, del fallimento di una sanità strutturata a partire dall'offerta dei servizi di salute e non a partire dai bisogni, sanitari e sociali, delle persone e delle comunità, letti e interpretati in modo integrato. In buona sostanza, la crisi pandemica ha reso evidente che in Italia, seppur con tutte le differenze regionali esistenti, l'organizzazione della sanità ha finora interpretato il tema del "paziente al centro" e della "personalizzazione delle cure" come una rinnovata edizione dell'applicazione del paradigma biomedico.

---

<sup>1</sup> Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Carmine Clemente ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Michele Marzulli del par. 2, Angela Genova e Davide Servetti del paragrafo 3.

## 2. Quali le ragioni del fallimento?

L'esplorazione di questo stato di cose ripropone riflessioni già note al dibattito circa le ragioni che hanno influenzato le risposte fin qui poste in essere dal sistema sanitario e sociale.

*In primis*, richiamiamo l'attenzione sulla mancanza di una reale integrazione strutturale e organizzativa della medicina territoriale, e in particolare dei medici di medicina generale (MMG), nel sistema delle cure. Le già richiamate vicissitudini della riforma normativa della medicina territoriale sono soltanto alcuni dei fattori di tale mancata integrazione. Si tratta di una carenza che ha determinato, e determina ancora costi individuali e sociali relevantissimi: pressione indebita sugli ospedali; scarsa continuità delle cure erogate a domicilio; senso di abbandono nelle persone malate di Covid-19 e di altre patologie, con la richiesta di ospedalizzazione come unica soluzione alternativa; elevato numero di personale sanitario, in particolare MMG contagiati e deceduti; numero rilevante di decessi.

Un'altra importante ragione risiede, a nostro avviso, in una strutturazione dei servizi per la salute e le cure cui è sottesa una rappresentazione che non prevede il riconoscimento della complessità e dell'importanza proprio della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, nel sistema delle cure. Gli indicatori di tale mancanza sono stati più volte denunciati: a titolo di esempio richiamiamo la carente riorganizzazione della medicina territoriale stessa, a cui non è estranea una certa resistenza al cambiamento organizzativo da parte delle rappresentanze della Medicina Generale, nonostante i ricorrenti tentativi di riforma (dal dlgs. 229/99 al dl. 158/2012); scarsi investimenti a livello regionale, numero elevato di pazienti per un crescente numero di MMG, mancanza di ricambio generazionale.

Anche la carenza del riconoscimento e dell'utilizzo della medicina territoriale, e in particolare dei MMG, come "antenna dei bisogni" di salute, psicologici e sociali manifestati dagli abitanti dei territori e dagli appartenenti alle comunità, ha reso evidente i propri effetti nel corso della crisi pandemica. In molti territori essa si accompagna alla manifesta incapacità del livello politico e degli amministratori di integrare in modo sistematico il tema della salute in una visione ampia dei bisogni e delle risorse espressi dalle comunità.

In questa prospettiva, è il caso di ricordare alcuni elementi che concorrono a costituire il nucleo di una diffusa e stabilizzata rappresentazione riduttiva delle cure primarie. Si tratta infatti di cure che vengono spesso ritenute di minore importanza rispetto a quelle ospedaliere e specialistiche; incentrate sul paziente, visto come corpo malato, e non costruite per la persona portatrice di bisogni multipli; cure rappresentate come indipendenti dalla

loro dimensione sociale in cui ogni persona vive, opera, e costruisce la propria esperienza di salute e di malattia; dimentiche, infine, della rilevanza e della forza delle reti sociali, istituzionali e di comunità nel rispondere ai bisogni di salute espressi dalle comunità.

Più in generale, è rilevabile in tutto questo la forte sottovalutazione del distretto quale luogo della conoscenza e della “lettura” dei territori e delle comunità in termini di risorse, rischi, bisogni, così come della conoscenza delle basilari forme di funzionamento del sociale e della conoscenza delle modalità di relazione tra le istituzioni in generale e, in particolare, tra le istituzioni sanitarie e le altre istituzioni sociali.

### **3. Cosa fare per un sistema di cure primarie inclusive?**

Come appare evidente, la crisi pandemica indica la necessità di introdurre un cambio di prospettiva, che possa incorporare i principi della *Primary Health Care* nel nucleo delle rappresentazioni riguardanti l'erogazione delle cure: 1. la salute come diritto fondamentale; 2. *comprehensive primary health care*; 3. potenziamento del distretto; 4. territorializzazione delle cure primarie; 5. politiche abitative ed educazione permanente; 6. case della salute; 7. partecipazione della comunità; 8. équipe e reti integrate di cure primarie; 9. cure primarie come disciplina accademica; 10. formazione e ricerca in cure primarie; 11. nuova forma contrattuale (Vedi Libro Azzurro della Campagna, 2018, *Primary Health Care: Now or Never*; e il movimento “Prima la comunità”).

#### *3.1 La conoscenza dei territori*

Innanzitutto, è necessario promuovere la conoscenza dei territori attraverso una costante e aggiornata mappatura dei bisogni, delle opportunità e dei rischi relativi a tutta la popolazione, con attenzione particolare ai bambini e alle bambine e alle persone anziane. Questo può essere realizzato utilizzando tutte le “antenne” disponibili: da quelle sanitarie – *in primis* utilizzando la vasta mole di conoscenze della vita quotidiana e dei bisogni dei cittadini posseduta dei MMG e dei PLS – a quelle sociali presenti in ogni territorio, spesso marginalizzate e non utilizzate in questo ruolo di interpreti dei bisogni e di risorse individuali e di comunità: la scuola e le attività educative extrascolastiche; il terzo settore e il volontariato; i servizi sociali, spesso percepiti come forma residuale di protezione sociale, per i quali è

necessario recuperare le funzioni di monitoraggio delle comunità e di promozione dell'*empowerment* delle comunità stesse.

### 3.2 *Il capitale sociale di comunità*

È necessario, inoltre, utilizzare il capitale sociale a disposizione per promuovere l'integrazione anche superando la visione esclusivamente interistituzionale e organizzativa dell'integrazione stessa. In quest'ottica, è imprescindibile riconoscere l'importanza del capitale sociale non esclusivamente come attributo individuale, ma anche come attributo delle comunità allo scopo di valorizzare ed eventualmente di promuovere la densità relazionale, protettiva degli individui e dei territori stessi, per intercettare i bisogni, compresi quelli di salute, e per dare loro risposta adeguata.

### 3.3. *La partecipazione delle cittadine e dei cittadini*

In questo quadro di auspicabile mutamento, in linea con quanto indicato a livello europeo, è necessario promuovere la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni in ogni territorio per l'individuazione e la lettura dei bisogni, dei rischi e delle opportunità, e per la costruzione delle risposte istituzionali e interistituzionali, con la conseguente valorizzazione del costante dialogo tra sistemi esperti e saperi laici, pratici ed esperienziali, e tra cittadini, istituzioni e amministratori. La "ricostruzione" non può prescindere dal coinvolgimento della comunità e dalla valorizzazione delle sue risorse se si vuole costruire un sistema territoriale di assistenza *inclusivo*. In questo modello la comunità è definita dalle risorse – reti relazionali, risorse personali, familiari e sociali, forme partecipate di dialogo aperto – che sono mobilitate in modo consapevole e sistematico dai pazienti come fattore chiave per raggiungere gli obiettivi di salute e benessere. «La Promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nel definire le priorità, assumere decisioni, pianificare e realizzare strategie che consentano di raggiungere un migliore livello di salute»: questa nota raccomandazione contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, così come quanto suggerito dalla stessa OMS nella Carta di Bangkok del 2005, sottolineano il ruolo strategico della partecipazione della comunità nell'elaborare programmi destinati ad avere un impatto sulla salute.

### 3.4 Salute in prospettiva bio-psico-sociale

Infine, la crisi pandemica ci indica che è necessario costruire i temi di salute in una genuina visione bio-psico-sociale prospettica: non soltanto attenzione alla popolazione adulta e anziana e ai bisogni meramente sanitari, ma grande attenzione alla vita e alla struttura delle comunità e delle persone che in essa vivono, comprese le nuove generazioni, che per fortuna non esprimono importanti bisogni sanitari, e alla *next generation*. Ciò obbliga a ragionare in termini etici e di giustizia intergenerazionale, imponendo una sistematica riflessione sull'utilizzo corretto delle risorse per la salvaguardia dell'ambiente non soltanto a livello globale, ma anche, e soprattutto, a livello dei singoli territori.

### 3.5. Le Case della Comunità

Un sistema di cure primarie inclusive necessita di servizi territoriali che, facendo tesoro dalle buone pratiche da tempo attuate in alcune regioni italiane, siano un punto di riferimento sicuro per i cittadini e le cittadine come delineato nella proposta delle Case della Comunità, peraltro recentemente inclusa nelle linee di riforma presentate dal Ministero della Salute in sede parlamentare (20 ottobre 2020). Un luogo in cui i bisogni di salute e di assistenza possano trovare risposta integrata in un sistema capace di garantire l'equità di accesso, di orientamento e di presa in carico non solo multidisciplinare, ma anche interprofessionale e intersettoriale, con il supporto di un'adeguata tecnologia digitale. Le Case della Comunità si prospettano quindi come servizi al centro della vita della comunità locale e punti di incontro tra servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Modulate sulla base delle caratteristiche sociodemografiche dei territori prevedono la presenza di servizi di base. Lo spirito di integrazione emerge dall'insieme coordinato dei servizi in essa offerti: medicina generale e pediatri di libera scelta, assistenza specialistica ambulatoriale, ambulatorio infermieristico, attività di diagnostica strumentale di I livello, area dell'accoglienza, sportello CUP, punto unico d'accesso, area della sorveglianza temporanea e servizi sociali. A questi si aggiungono servizi più specializzati come assistenza ambulatoriale complessa e ambulatori in connessione alla rete della terapia del dolore e cure palliative. Un adeguato supporto amministrativo all'interno delle singole Case della Comunità permetterebbe una piena valorizzazione dei diversi saperi professionali troppo spesso gravati da

processi di burocratizzazione, per la creazione di servizi territoriali integrati per la salute del singolo cittadino, ma anche delle famiglie e delle comunità.

## *11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute*

di *Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina*

La pandemia ha mostrato la particolare rilevanza dei servizi ospedalieri nel garantire il diritto alla salute delle persone, così come i forti limiti che caratterizzano quest'area di intervento nel nostro paese. A questo proposito ci riferiamo non solo alle carenze "strutturali" (posti letto, professionisti, attrezzature specialistiche), ma anche alle strategie di intervento, per quanto concerne *in primis* l'esistenza di forti criticità nel rapporto tra ospedale e territorio, che è parso ben presto cruciale al fine di contenere la diffusione del contagio e il numero di pazienti gravi.

Infatti, l'assenza effettiva di "filtro" da parte del territorio, di un sistema di cure intermedie nonché, in molti contesti, di forme efficaci di coordinamento tra cure primarie, specialistica territoriale e assistenza ospedaliera hanno finito per riversare sugli ospedali un flusso di pazienti, spesso privi di alcuna diagnosi, che potevano e dovevano essere trattati preventivamente a domicilio. Ciò ha determinato un sovraffollamento, a stento sostenibile dei reparti (direttamente o indirettamente) interessati alla pandemia, nonché il fatto che in molti casi i grandi nosocomi sono addirittura diventati luoghi di trasmissione e moltiplicazione del contagio. Questi problemi non sembrano essere stati risolti dopo la prima ondata pandemica, né tantomeno nel corso della fase attuale. Si tratta di "nodi" non facilmente risolvibili, in quanto affondano le loro radici in scelte politiche e organizzative di lungo periodo, che hanno modellato e plasmato il Servizio sanitario nazionale, corso di diversi decenni. Ciononostante, è comunque importante delineare alcuni scenari di cambiamento per fare in modo che "l'insegnamento" della pandemia non vada perduto.

In termini organizzativi, gli obiettivi di fondo delle politiche ospedaliere devono essere quelli di ridefinire il ruolo dell'ospedale nel sistema dei servizi sanitari e realizzare l'integrazione con il territorio, privilegiando tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura differenti dal ricovero in una

struttura ospedaliera destinata alle patologie per acuti. Quest'ultimo deve essere considerato un'opzione di ultima istanza, da attivare in stretto coordinamento con gli altri livelli di assistenza assunti come risposta prioritaria. L'ospedale non verrebbe affatto penalizzato, ma anzi potrebbe dedicarsi più compiutamente allo sviluppo delle attività di elevata specializzazione e complessità, come peraltro si dice da tempo.

In termini culturali, l'ispirazione di fondo sottesa alla politica sanitaria è la promozione, il mantenimento e il recupero della salute e del benessere individuale e collettivo, non la fornitura efficace ed efficiente di prestazioni sanitarie ai singoli pazienti. Quest'ultima è ovviamente di estrema importanza, ma è un mezzo e non un fine, come normalmente si assume in modo più o meno consapevole.

Non si tratta di obiettivi del tutto nuovi né semplici da raggiungere. Resta il fatto che sono ineludibili per rendere il Servizio sanitario nazionale più adeguato a fronteggiare le sfide dei prossimi anni e decenni. In tale quadro, di seguito vengono delineate alcune linee di intervento che possano incidere sulla configurazione strutturale del sistema sanitario e ospedaliero, sulla sua organizzazione e sul contesto di vincoli ed opportunità in cui operano gli attori presenti al suo interno.

Le linee principali che indichiamo sono cinque.

La prima linea riguarda la dotazione e l'assetto strutturale. È ormai ampiamente noto il fatto che, nel nostro paese, la razionalizzazione del sistema ospedaliero e la ricerca dell'efficienza, pur necessarie, hanno messo fortemente a rischio la sua capacità di garantire il diritto alla salute. Sono, dunque, necessari investimenti (e in parte ci si è già mossi in questa direzione) per una nuova fase espansiva e di incremento dei posti letto, delle attrezzature e ovviamente dei professionisti dopo anni di congelamento e blocchi nelle assunzioni. L'incremento delle risorse a disposizione deve essere adeguato non solo a garantire l'assistenza nelle condizioni di normalità, ma dovrebbe essere tale da creare una sorta di dotazione di riserva, da attivare nelle situazioni di emergenza come quelle attuali.

Ma non conta solo investire: conta anche investire bene. A tale fine, l'adozione di politiche espansive deve combinarsi con un mutamento graduale, ma significativo, dell'orientamento strategico di fondo che è stato alla base della politica ospedaliera negli ultimi decenni. Questa ha privilegiato un modello aziendalistico incentrato sulle grandi agglomerazioni ospedaliere, scorporate (che potremmo definire *disembedded*, riprendendo il concetto sociologico di incorporazione elaborato da Polanyi 1974) dal territorio, in cui la focalizzazione principale è la produzione di prestazioni, cioè la malattia e non tanto la prevenzione e promozione della salute. Un modello che deve

essere quanto meno modificato, pena il ritrovarsi impreparati nel fronteggiare eventi pandemici nel prossimo futuro.

In tale ottica, si possono ipotizzare due interventi di riforma organizzativa. Il primo riguarda la promozione, dal centro, di processi di unificazione dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri in un unico soggetto, limitando la separazione tra Aziende sanitarie e Aziende ospedaliere. La tendenziale integrazione in un unico soggetto dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri potrebbe facilitare la ricomposizione non solo funzionale, risultata spesso inefficace, ma anche strutturale, tra cure primarie distrettuali, specialistica territoriale e assistenza ospedaliera. Questo processo, che è avvenuto già in altre realtà come Galles e Scozia, potrebbe poi essere accompagnato da un ridisegno complessivo del sistema regionale dei servizi sanitari, lasciato prevalentemente all'autonomia delle Regioni.

Le nuove organizzazioni incaricate della produzione della totalità o della maggioranza dei servizi sanitari pubblici potrebbero essere di dimensioni più piccole delle attuali ASL, in modo da garantire un'attenzione adeguata ai bisogni delle comunità locali, senza per questo tornare in nessun modo alle vecchie USL esistenti tra il 1978 e il 1992, estremamente parcellizzate sul territorio e inefficienti. Anche la governance interna di questi nuovi soggetti andrebbe ripensata, con il fine precipuo di attribuire importanza primaria alla prevenzione, alle cure primarie e alle forme di assistenza extra-ospedaliere, rivolte alla comunità.

All'interno di queste nuove istituzioni, proponiamo poi di puntare su un assetto ospedaliero diffuso nel territorio, non riproponendo piccoli ospedali di provincia per acuti quali esistevano in passato, ma articolando l'offerta di strutture di ricovero o semi-ricovero in diverse tipologie, secondo l'approccio delle cure intermedie tra ospedale e territorio. Si tratterebbe in questo senso di promuovere lo sviluppo e la diffusione delle esperienze esistenti sul territorio, a partire (ma non solo) dal modello degli ospedali di comunità. Questa articolazione organizzativa differenziata nelle tipologie di struttura e di assistenza e diffusa sul territorio avrebbe due tipi di vantaggi. In primo luogo, potrebbe aiutare a limitare le criticità che le grandi agglomerazioni ospedaliere hanno mostrato dal punto di vista della diffusione del contagio. Inoltre, dovrebbe favorire l'incorporazione (*embeddedness*) nel territorio del sistema ospedaliero, promuovendo la costruzione di rapporti di interdipendenza con il sistema territoriale dei servizi, funzionali allo sviluppo di programmi di intervento incentrate sulla prevenzione e la continuità assistenziale.

Ma una strategia di cambiamento della politica ospedaliera implica d'intervenire non solo sugli assetti strutturali ed organizzativi in sé, quanto anche sui comportamenti e le logiche di azione degli attori che operano all'interno

del sistema ospedaliero (dai dirigenti, ai medici, agli infermieri) in coerenza con gli obiettivi di integrazione e di prevenzione delle malattie. In tal senso, rispetto alla situazione attuale, occorre che il sistema di vincoli ed opportunità nel quale gli attori sono incorporati (*embedded*) risulti maggiormente in linea con gli obiettivi di promozione della salute (individuale e collettiva), anziché focalizzato precipuamente sulla cura della malattia, basata su prestazioni diagnostico-terapeutiche individuali.

A questo proposito proponiamo due linee ulteriori di intervento.

La prima suggerisce la sperimentazione di meccanismi di remunerazione delle strutture sanitarie diverse dalle tariffe per prestazione ed episodi di ricovero, classificati secondo il sistema dei DRG (*Diagnosis Related Groups* – Raggruppamenti di diagnosi omogenei). Com'è noto, il sistema dei DRG ha permesso un notevole incremento del grado di efficienza nell'erogazione di prestazioni sanitarie, superando le forti criticità caratterizzanti il sistema pregresso di remunerazione basato sulle giornate di degenza. Sono presenti, tuttavia, anche dei limiti che riguardano non solo fenomeni opportunistici di uso distorto dei DRG messi ampiamente in luce dalla letteratura (cfr. Dirindin e Vineis, 2004), quanto anche il rischio che si possa determinare a livello dei comportamenti e delle logiche di azione degli attori un certo disallineamento rispetto ad una concezione "olistica" della salute, che tenga cioè in debita considerazione anche gli aspetti legati alla complessità, alla particolare durata nel tempo degli interventi (si pensi alla cronicità e alla non autosufficienza), nonché alla prevenzione. Insomma, tutti elementi che rimandano all'importanza di una forte integrazione fra ospedale e territorio.

A questo proposito, riprendendo alcune proposte già avanzate nel dibattito (cfr. Donzelli 2019), si potrebbe, dunque, sperimentare l'integrazione dei meccanismi attuali DRG con altri meccanismi di remunerazione delle prestazioni ospedaliere, maggiormente ancorati ad obiettivi generali di promozione e tutela della salute (per esempio attraverso l'attribuzione di fondi agli ospedali basati su "quote capitarie ponderate per età"), che possano dunque "spingere" chi opera dentro gli ospedali a relazionarsi e a cooperare maggiormente anche con il territorio (*ibidem*).

La quinta linea qui proposta, infine, è volta a favorire un mutamento degli approcci professionali, coerente ad una visione olistica e non parcellizzata della salute, attraverso due sotto linee principali di intervento.

Una prima linea di intervento è rivolta verso l'interno delle professioni e pone l'enfasi sull'importanza di favorire processi di socializzazione secondaria che implementino la multidisciplinarietà sia in ambiente formativo che nei contesti lavorativi.

Rispetto ai processi formativi, si ritiene utile creare un'interazione maggiore tra i corsi universitari rivolti alle professioni mediche e a quelli per le sanitarie, prevedendo momenti di confronto e di scambio. La crescente importanza rivestita dalle equipe multidisciplinari all'interno dei contesti assistenziali e di cura richiama la necessità di creare percorsi funzionali all'acquisizione delle competenze necessarie al lavoro in team. La multidisciplinarietà, cioè, va concepita come l'esito di un processo e come tale va costruita ed implementata. Non può essere pretesa a valle. Soltanto così, si ritiene possibile edificare un approccio realmente olistico alla presa in carico, basato sul dialogo tra saperi diversi che si ergono su basi cognitive e su modelli teorici distinti ma in costante confronto.

Con questi presupposti, la costruzione di equipe multidisciplinari all'interno dei luoghi di lavoro potrebbe divenire un processo spontaneo: la ricerca e l'integrazione tra universi valoriali diversi si porrebbe come una esigenza da parte dei professionisti, divenendo una pratica consolidata (*embedded*).

Una seconda linea di intervento, infine, si rivolge all'esterno e guarda alle modalità con cui le professioni interagiscono con i pazienti, in forma singola o associata, e con le loro famiglie. L'idea è qui quella di ridefinire questa complessa rete di relazioni, superando la retorica del "paziente al centro" che per decenni ha guidato, senza un reale riscontro, la politica sanitaria. Si ritiene necessario superare la visione del paziente come di un soggetto passivo e iniziare a valutarlo come un soggetto attivo ed esperto. Andrebbero pertanto messe in atto modalità di relazione che tengano conto del suo sapere e di quello espresso dalle comunità di riferimento considerando che il paziente è inserito (*embedded*) in una collettività di individui che va coinvolta nei processi di assistenza e di cura. Si ritiene, in definitiva, che i tempi siano maturi per la costruzione di un rapporto riflessivo (Schön 1993) tra professionisti e utenti, un rapporto che vede entrambe le parti, cioè, impegnate nella ricerca di un'interazione collaborativa orientata alla co-costruzione dei percorsi assistenziali e di cura.

Perché questo sia realmente possibile sembra tuttavia necessario rimuovere alcuni ostacoli. In particolare, si ritiene che vada rivisto il modello aziendalistico e attenuata la visione economicistica che ne è alla base, così densamente penetrati nel contesto sanitario a seguito delle riforme degli anni '90. La razionalizzazione selvaggia che ne è conseguita ha portato ad un progressivo allontanamento delle parti coinvolte nel rapporto di cura (professionisti e utenti), contingentando i tempi e i metodi di lavoro in nome di una efficienza che peraltro, nei fatti, non è mai stata raggiunta. La logica secondo cui la maggiore produttività ed efficienza derivano dal contingentamento temporale delle fasi produttive (presa in carico, visite) sta mostrando i suoi

nervi scoperti e va dunque sovvertita a vantaggio di una logica che favorisce l'interazione e lo scambio tra saperi esperti (professionisti) e saperi profani (pazienti). Vanno immaginate modalità diverse di presa in carico del paziente che partano dalla narrazione dei suoi vissuti, delle sue esperienze di salute e di malattia. Ciò richiede tempi iniziali più lunghi ma soprattutto una maggiore riflessività delle parti coinvolte: dei professionisti, che devono essere disposti a mettere in discussione il loro expertise e a ricercare una maggiore connessione con l'esperienza vissuta dal paziente, e del paziente, che deve essere maggiormente consapevole dei limiti della conoscenza esperta del professionista e partecipare attivamente al processo di cura. Questo maggiore interscambio tra le parti può rappresentare la chiave per ottenere un reale “risparmio” e per creare valore sociale.

In definitiva, si ritiene che per superare il paradigma della individualizzazione e per proporre un approccio che guardi all'agire comunitario, sia necessario, da un lato, favorire prassi di relazione multidisciplinari e, dall'altro, implementare relazioni dense tra professionisti, pazienti e i rispettivi ambienti di riferimento.

## **Bibliografia di riferimento**

- Dirindin N., Vineis P. (2004), *Elementi di economia sanitaria*, il Mulino, Bologna.
- Donzelli A. (2019), “Una riforma strutturale per la sanità: pagare la salute, non la malattia. Allineare le convenienze dei diversi attori all'etica e alla salute della comunità dei cittadini”, in J. Aillon, M. Bessone, C. Bodini (a cura di), *Un nuovo mo(n)do per fare salute. Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*, Celid, Torino, pp. 153-162.
- Polanyi K. (1974), *La grande trasformazione*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1944).
- Schön D.A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari (ed. orig. 1983).

## 12. L'innovazione digitale per la governance del SSN

di Monica Murero e Veronica Moretti<sup>1</sup>

### 1. L'innovazione come asset strategico per la governance della salute

L'innovazione digitale può contribuire a trasformare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) post-pandemico che, oggi più che mai, sta affrontando numerose pressioni legate ad una crescita esponenziale dei costi sanitari, che supererà di gran lunga i tassi di crescita del PIL. Il modello attuale di offerta dei servizi sanitari e la nota accelerazione della digitalizzazione causata dagli effetti pandemici *dirompenti* in tutti i settori della società hanno fatto crescere una forte domanda di servizi innovativi e personalizzati tra i cittadini.

L'innovazione (inter)digitale – o mediata da internet – diviene così un asset strategico nella governance della sanità italiana del presente e del futuro, che va ben oltre la teleassistenza, la televisita o il teleconsulto per fondarsi su un network virtuoso in grado di coinvolgere tutti gli attori (umani e non umani) protagonisti delle dimensioni dell'*healthcare*: i cittadini/pazienti, i professionisti della salute, le tecnologie e l'ampio set di pratiche e conoscenze biomediche che prendono forma nell'incontro sanitario.

Considerare le innovazioni tecnologiche che rendono possibile la cura a distanza durante la pandemia e i dispositivi innovativi della *digital health* (intelligenza artificiale, robotica, internet of things, wearable, immersive reality) nella prevenzione e cura significa (re)immaginare un sistema sanitario che si connetta in modo significativo ed efficiente con i destinatari dei servizi erogati: questa è la promessa dell'innovazione nella “salute interdigitale”. L'innovazione non riguarda però soltanto gli investimenti tecnologici o le ordinanze normative. Il cambiamento passa necessariamente anche attraverso una serie di fattori che si inseriscono tra i soggetti coinvolti, le culture

---

<sup>1</sup> Monica Murero ha sviluppato il modello di governance con le linee strategiche in 10 punti. Veronica Moretti ha contribuito alla revisione, sintesi del capitolo e alla riflessione, in particolare su *digital literacy* e *self-caring*.

e le resistenze al cambiamento, le pratiche manageriali, gli aspetti amministrativi e i pagamenti ai professionisti della salute; il tutto senza escludere, ma anzi convivendo, con le forme “tradizionali” di accesso ai servizi sanitari ed assistenziali in presenza.

Seguendo la migliore tradizione dei “libri bianchi” a cui questo scritto appartiene, intendiamo contribuire alla creazione di un modello di *governance dell’innovazione per la salute digitale* con l’obiettivo di alleviare situazioni critiche durante (e dopo) la pandemia. A tal proposito, verranno mostrati 10 indicatori strategici per creare (fin da subito) un sistema di telemedicina per gli operatori italiani, elaborato sulla base delle *best practices* internazionali e adattato alla luce del contesto italiano.

In questo scenario di *governance* strategica si inserisce la figura del sociologo della salute, in grado di analizzare la complessità delle sfide attuali al fine di prevedere le conseguenze sociali rispetto agli interventi ipotizzati.

## **2. L’innovazione interdigitale in 10 passi**

Di seguito vengono presentati 10 indicatori strategici da considerare per creare un sistema sostenibile e adeguato di digitalizzazione del SSN attraverso la rete internet durante (e dopo) la pandemia da Covid-19. Per il sociologo della salute l’innovazione (inter)digitale non significa realizzare una governance informatico-normativa, bensì favorire servizi innovativi sul territorio come gli ospedali in rete, la conoscenza medico-scientifica e le analisi predittive basate sull’intelligenza artificiale tenendo in considerazione tutte quelle variabili multidisciplinari e sociali in grado di influenzare *oggetti, soggetti, culture, contesti e prassi*.

- 1) *Propensione/collaborazione/disponibilità del personale sanitario all’uso della telemedicina.* Accedere in sicurezza durante (e dopo) la pandemia ai servizi sanitari e assistenziali è la promessa della salute interdigitale. L’evidenza internazionale mostra che nelle realtà in cui la *digital health* era già operativa prima della pandemia da Covid-19 la collaborazione dello staff coinvolto ha permesso un uso esponenziale della telemedicina in tutte le pratiche cliniche, un utilizzo disinvolto della sorveglianza a distanza dei pazienti positivi al Covid-19, dei pazienti con patologie croniche e dei pazienti Covid-19 all’interno degli ospedali.
- 2) *Propensione/ disponibilità dell’utente all’uso della telemedicina.* Il bisogno di ridurre gli ingressi negli studi medici, la percezione dei benefici

connessi all'uso della cura a distanza dato l'alto rischio di contagio da parte di tutti i soggetti coinvolti, una maggiore dimestichezza nelle pratiche online acquisita nel tempo rispetto alle iniziali difficoltà, e ancora la ricerca di informazioni (*health seeking*) via internet possono favorire la propensione all'uso della telemedicina se il cittadino/paziente è digitalmente alfabetizzato e/o si mostra disponibile a svolgere un ruolo "attivo" verso la propria salute.

- 3) *Propensione all'investimento economico.* Perché un servizio di telemedicina diventi operativo i soggetti coinvolti devono essere propensi a fare un investimento economico se gli strumenti necessari non sono disponibili. La *governance* dovrà valutare come: a) investire in digitalizzazione per attivare i servizi innovativi; b) sostenere la generazione degli *Electronic Health Records* (EHR) e del fascicolo sanitario elettronico; c) investire in Intelligenza Artificiale per l'analisi predittiva e la razionalizzazione delle risorse attraverso una *governance* dei (big)data sanitari in linea con i principi costituzionali e nel rispetto della privacy e sicurezza dei dati sensibili; d) investire per favorire l'alfabetizzazione digitale e della salute per tutti gli stakeholder coinvolti, incluse le imprese e i lavoratori della filiera della salute e del benessere
- 4) *La disponibilità di piattaforme, device medicali e tecnologie.* È necessario che le tecnologie utilizzate per realizzare un sistema di telemedicina durante e dopo la crisi sanitaria prevedano piattaforme e soluzioni interoperabili. Nel contesto post-pandemico le tecnologie scelte dalla *governance* dovranno generare in via retrospettiva e predittiva EHR e Fascicoli Sanitari Elettronici distribuibili, condivisibili ed utilizzabili dall'AI nel rispetto delle normative e dei diritti civili, della sicurezza, e della privacy del cittadino, considerando gli *effetti* degli investimenti tecnologici sulla società: una necessità strategica per la *governance* e per i cittadini.
- 5) *Adeguate cultura (inter)digitale /Formazione del paziente.* Durante e dopo la pandemia insegnare ai pazienti (o *caregivers*) come accedere ai servizi innovativi per la salute è cruciale. La cultura della "*care transition*", ovvero un cambiamento nel sistema delle cure che vede la dominanza medica affievolirsi in favore di un sempre più consistente consumerismo mette, in alcuni casi, il paziente-consumatore al centro del processo di cura. Il paziente-cliente, concepito culturalmente in quanto soggetto con esigenze plurime, viene inserito in un contesto più ampio da considerare nella presa in carico della persona. Un processo di co-

partecipazione al percorso diagnostico-terapeutico può favorire nel tempo una cultura dell'innovazione interdigitale della salute, basata sulla conoscenza e sullo sviluppo di una alfabetizzazione sanitaria digitale. Questo senza prescindere dalle opportunità e dai limiti della digitalizzazione della salute che sappiamo essere intrinsecamente legati a variabili sociodemografiche (livello di istruzione, reddito) dei soggetti coinvolti.

- 6) *Adeguata cultura interdigitale del personale.* La formazione del personale e dei “fornitori” di beni e servizi sanitari è cruciale nella governance dell'innovazione per attivare (anche da subito) servizi di telemedicina affrontando eventuali “resistenze”<sup>2</sup>. Una adeguata cultura interdigitale (*digital literacy*) e manageriale dei processi innovativi è strategica al successo della governance.
- 7) *Supporto informatico e qualità delle informazioni.* È necessario garantire un servizio di supporto informatico accessibile agli attori che utilizzano un servizio di telemedicina e in generale i servizi innovativi digitalizzati in caso di difficoltà “tecniche” di accesso ed uso.
- 8) *Sistema di gestione degli aspetti amministrativi, incentivi, fatturazione delle prestazioni, investimenti e rimborsi SSN.* Il *workflow* amministrativo-finanziario deve funzionare correttamente per attivare servizi sanitari online. Il bisogno di sostenibilità del sistema sanitario si muoverà sugli assi previsti dal Ministero della Salute (2020) con investimenti post-pandemici che dovranno prevedere l'aumentata domanda di servizi assistenziali (malattie croniche) che potrebbe trovare una risposta efficace nella fruizione a distanza della salute interdigitale se garantita da un sistema amministrativo efficiente.
- 9) *Big Data, Privacy, sistema di raccolta e analisi.* Le scelte della *governance* in quest'area hanno ripercussioni importantissime nel delicato bilancio tra creazione di dati analizzabili, protezione della privacy e disponibilità per gli operatori sanitari. Il campo della medicina e del sistema delle cure si apre con maggior insistenza a nuovi strumenti e applicazioni per prevenire il rischio di insorgenza di patologie, costruendo un sistema medico che valuti come prioritarie le caratteristiche individuali per l'utilizzo di tecniche incentrate sulla personalizzazione dei trattamenti e

---

<sup>2</sup> Per un approfondimento su questo punto si veda Murero M., Guzzo P. (2021), *Innovating Elderly Care During COVID-19*, «Rivista Italiana di Sociologia», 2 (in corso di stampa).

sull'uso delle nuove tecnologie per il *self-caring* (dieta, esercizio fisico). In quest'ottica la *governance* dei (big)data personali sensibili e dell'AI deve essere regolamentata e tutelata da un punto di vista multidisciplinare ed etico, favorendo una regolamentazione che tuteli e garantisca i diritti costituzionali e civili, incluso il diritto fondamentale alla *literacy* digitale della salute per tutti i cittadini evitando rischi di commercializzazione dei dati.

- 10) *Aspetti normativi, procedurali e prassi*. Un sistema di telemedicina pandemico deve essere in linea con le normative dell'emergenza. Nel post-pandemico è fondamentale includere, per sviluppare l'innovazione interdigitale nella *governance* della salute del futuro: 1) la scelta strategica di un modello di partnership – pubblica, privata, mista – con gli *stakeholders* coinvolti; 2) un approccio multidisciplinare nelle scelte di investimento; 3) un mix innovativo fatto non solo di oggetti tecnologici, ma di soggetti, culture, resistenze, limiti e pratiche contestuali per introdurre e sviluppare nel tempo politiche ed azioni umano-centriche coerenti; 4) la convivenza delle innovazioni con i sistemi di accesso alla salute “tradizionali” in un ecosistema vario e complesso, per far sì che nessuno “rimanga indietro”; 5) sistemi di regolamentazione, valutazione e controllo veloci e flessibili.

## 2. Riflessioni per la *governance* della salute

La domanda di servizi per la salute “a distanza” emerge nei sistemi sanitari pubblici e privati attraverso la spinta alla digitalizzazione creata dalla situazione pandemica e dalle innovazioni che permettono di creare valore per ogni cittadino/paziente. Diviene in tal senso cruciale valorizzare e considerare l'alfabetizzazione digitale sia degli esperti che dei soggetti destinatari delle cure tenendo in considerazione il bagaglio di competenze sanitarie e di risorse culturali necessarie agli *stakeholders* per orientarsi in un contesto nel quale i servizi sanitari richiedono sempre maggiore responsabilità e collaborazione nelle scelte di salute dell'*health seeker*.

In considerazione della la veste multidimensionale del fenomeno, la figura degli scienziati sociali della salute (e non solo il lato “tecnico” e ingegneristico dell'innovazione) può garantire che il SSN diventi accessibile, equo ed in grado di erogare prestazioni innovative basate su bisogni misurabili, investimenti “intelligenti” e partnership che tengano comunque in considerazione l'impatto delle variabili sociali sui soggetti coinvolti, siano essi pazienti, professionisti sanitari, imprese o policy makers.

## *13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare*

di *Linda Lombi*

### **Premessa**

L'impatto della Covid-19 sui sistemi sanitari è stato improvviso, pervasivo ed eccezionale, una sorta di tsunami che ha messo in evidenza la necessità di ripensare non solo l'organizzazione dei servizi della salute, ma anche l'approccio tradizionale alla cura e alla presa in carico dei malati. La pandemia ha reso ancora più evidente quanto sia importante trasformare l'azione terapeutica in atto integrato, promuovere una presa in carico globale, adottare un approccio olistico, considerare le implicazioni etiche, psicologiche, culturali e sociali della salute e della malattia (oltre che cliniche), lavorare sull'umanizzazione delle cure e sulla centralità delle persone (non solo su malati e *caregiver*, ma anche sui professionisti della salute).

Per supportare questo processo di trasformazione, è necessario lavorare sullo sviluppo di competenze fondamentali per l'esercizio della pratica clinica e assistenziale che, interagendo con le classiche discipline relative alle Scienze naturali e alle Scienze mediche e sanitarie, mettano in grado i professionisti della salute di acquisire gli strumenti cognitivi e comportamentali e le abilità performative necessarie ad affrontare in modo più adeguato le sfide sempre più evidenti che investono oggi la Medicina. Tali sfide riguardano, ad esempio, l'iperspecializzazione, il tecnicismo diffuso, la burocratizzazione dei percorsi di cura, la contrattualizzazione del rapporto medico-paziente: si tratta di nodi critici che da tempo affliggono il nostro sistema sanitario, ma che la pandemia legata alla Covid-19 ha reso drammaticamente evidenti.

Promuovere lo sviluppo di “competenze umanistiche” oltre che “tecniche” diventa allora un obiettivo fondamentale se si vuole affrontare in modo olistico la complessità dei bisogni di salute emergenti e le sfide odierne della

medicina. Un contributo in questa direzione può essere offerto dalle *Medical Humanities*.

## 1. Le *Medical Humanities*

Le *Medical Humanities* (MH) rappresentano un campo interdisciplinare che include discipline inerenti alle Scienze umane (Filosofia, Etica e Bioetica, Scienze religiose, Storia della Medicina), alle Scienze sociali (Sociologia, Psicologia, Antropologia, Pedagogia, Diritto, Economia) e alle Arti (Letteratura, Cinema, Teatro, Musica, Danza).

L'obiettivo condiviso di queste discipline è quello di riportare la pratica medica alle sue finalità originali: essere medicina per la persona, riconosciuta nella sua individualità e unicità. Attraverso un approccio interdisciplinare che promuove l'integrazione con le discipline di tipo tecnico-scientifico, le MH forniscono strumenti e competenze necessari a un buon esercizio della pratica clinica, in quanto facilitano il compito terapeutico ed ermeneutico dei professionisti della salute, aiutando il professionista a comprendere l'esperienza del malato e dei loro familiari. Le discipline che compongono l'articolata costellazione delle MH consentono di sviluppare e migliorare le capacità di osservazione e interpretazione del vissuto di malattia, migliorano le competenze relazionali e comunicative, aiutano il professionista a connettere le esperienze altrui con le proprie, rafforzano le capacità riflessive, di confronto e di introspezione. Attraverso le MH il professionista della salute impara a conoscere sé stesso e i contesti in cui lavora per aumentare la consapevolezza delle proprie emozioni, pregiudizi e costruzioni sociali che impattano sulle pratiche di cure e sulla relazione con i malati ed i familiari. Inoltre, le MH – migliorando la relazione con il paziente e con il *caregiver* – aiutano il professionista a gestire lo stress e gli effetti del sovraccarico lavorativo, riducendo il rischio di *burn-out* e, conseguentemente, l'errore clinico, nonché la medicina difensiva. In virtù di tali potenzialità, le MH non sono ancillari per la formazione dei professionisti della salute, ma discipline fondative della professione in quanto rappresentano una dimensione essenziale e irrinunciabile dell'autentico sapere medico.

Tuttavia, nonostante esista un'ampia letteratura che testimonia i benefici legati all'introduzione di discipline umanistiche nel percorso formativo dei professionisti della salute, in Italia si registra un forte ritardo rispetto alla loro introduzione sistematica, quale parte integrante dei *core curricula* degli insegnamenti nelle Facoltà/Scuole di Medicina, soprattutto in comparazione a quanto accade ormai da decenni in altri contesti internazionali (quali ad

esempio gli USA, il Canada, il Regno Unito e vari paesi dell'Europa continentale). La situazione attuale a livello nazionale, infatti, non solo vede di fatto una scarsa presenza delle MH in area medica, ma sconta il fatto che tali insegnamenti siano inseriti soprattutto nei primi anni di corso, quando ancora lo studente non ha maturato una sufficiente esperienza sul campo che possa aiutarlo a sviluppare una piena comprensione delle implicazioni etiche, sociali, psicologiche e filosofiche delle relazioni assistenziali e di cura. A ciò si aggiunga come, non di rado, gli insegnamenti di MH siano configurati come corsi opzionali a scelta dello studente, condizione che tende a promuovere una rappresentazione sociale di queste materie come discipline facoltative piuttosto che fondative.

Nella consapevolezza di queste criticità evidenti, negli ultimi anni si sono sviluppate diverse iniziative che hanno avanzato una serie di proposte indirizzate a promuovere l'introduzione delle MH quale requisito fondamentale nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Professioni sanitarie.

Tra queste, si segnala il rapporto elaborato da un gruppo di lavoro coordinato dal Prof. A. Elio Cardinale, afferente alla Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità presieduta dal Prof. Rocco Bellantone, che ha prodotto, nel luglio 2018, un documento dal titolo "Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica". In tale documento si riconosce come "l'aumento crescente delle disuguaglianze in salute e in relazione al sesso, l'epidemia globale di patologie croniche e la complessità della loro gestione in un contesto di crescente disagio socio-economico, unitamente ai cambiamenti culturali, socio-demografici legati all'invecchiamento della popolazione e all'immigrazione, sono aspetti che contribuiscono a rendere necessaria una riflessione strutturale sui campi di applicazione clinica del concetto di equità in salute. Queste premesse evidenziano la necessità di sviluppare nel percorso formativo dei professionisti della salute un approccio interdisciplinare e multidimensionale volto a creare connessioni fra bioetica, storia della medicina, antropologia medica e culturale, sociologia, igiene e sanità pubblica, letteratura e arte come strumenti di comprensione dei contesti in cui la medicina opera" (pag. 17). Ne consegue, si legge nel documento, che "appare quanto mai necessaria un'innovazione curriculare nei percorsi formativi degli operatori sanitari" (pag. 21) ed "è indispensabile che le MH vengano intercalate in maniera idonea tra corsi classici sia in termini di continuità temporale che in termini di integrazione orizzontale e verticale dei saperi in campo biomedico" (pag. 22).

Tra le altre iniziative indirizzate a sottolineare l'urgenza di colmare il ritardo italiano nell'introduzione sistematica delle MH nelle Facoltà/Scuole di Medicina, si menziona anche il Convegno dal titolo "Il contributo delle

Medical Humanities nella formazione dei professionisti sanitari” (Roma, 4 ottobre 2019), iniziativa promossa dall’Istituto di Bioetica e Medical Humanities dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e dalla Sezione di Sociologia della Salute e della Medicina della Associazione Italiana di Sociologia. Nelle conclusioni del Convegno, che ha visto la partecipazione di numerosi esperti e rappresentanti delle discipline che compongono le MH e delle Facoltà/Scuole di Medicina, è stata auspicata la convocazione di una Consensus Conference nazionale indirizzata a sviluppare, attraverso una metodologia scientificamente rigorosa e fondata sul contributo di esperti afferenti alle diverse discipline coinvolte, le linee di indirizzo per l’introduzione sistematica delle MH nelle Facoltà di Medicina.

### **3. Il contributo specifico della Sociologia della salute e della/con la medicina**

Si è accennato al fatto che le MH forniscano ai professionisti della salute gli strumenti necessari per comprendere tanto le malattie, quanto la salute, in un contesto sociale e culturale sempre più esteso, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica di sé, dell’altro e del processo terapeutico. Per questo, come si legge nel già citato documento prodotto dal gruppo di lavoro coordinato dal Prof. A. Elio Cardinale: “Il futuro medico deve essere in grado fin dai primi anni della sua formazione di guardare oltre lo studio delle malattie ad uno scenario più vasto, in cui salute e malattia hanno implicazioni sociali molto forti, in cui la povertà è una delle cause più gravi e più frequenti di malattia e di morte, in cui le disuguaglianze sociali richiedono al medico di sapersi schierare sempre dalla parte del malato, di ogni malato, intervenendo opportunamente e positivamente anche ai diversi livelli istituzionali” (pag. 18).

Il peso delle disuguaglianze sociali sulle condizioni di salute è stato reso ancora più evidente dalla pandemia legata alla diffusione a livello mondiale del virus Covid-19. Gli studi in letteratura hanno riconosciuto come siano soprattutto coloro che già soffrivano di patologie croniche-degenerative ad essere più a rischio di subire gli effetti nefasti del virus e, com’è noto, su tali patologie pesa l’effetto delle disuguaglianze sociali (si pensi, ad esempio, all’obesità). Per tale motivo, come ha opportunamente sostenuto in un’editoriale pubblicato nell’ottobre 2020 il direttore della rivista scientifica “*Lancet*”, Richard Horton, a proposito del Coronavirus sarebbe più opportuno parlare di *sindemia* anziché di epidemia, per dare conto di come l’emergenza sanitaria sia scaturita dall’incontro di due condizioni patologiche che si sono

rafforzate a vicenda, riconducibili all'interazione tra dimensioni biologiche e sociali.

Tra le MH è la sociologia della salute e della medicina la disciplina che consente di identificare l'influenza dei fattori sociali sulle condizioni di benessere e malattia, nonché di sviluppare le competenze atte a interpretare il vissuto di malattia alla luce dei processi sociali, delle istituzioni e dei sistemi sociali e sanitari. Nata a metà del secolo scorso negli USA, e sviluppatesi in Italia a partire dall'inizio degli anni Ottanta, a quarant'anni dal suo approdo nel nostro Paese (Cardano, Giarelli e Vicarelli, 2020) la sociologia della salute e della medicina oggi risulta praticamente assente nei corsi di laurea dedicati ai professionisti della salute, pur nella consapevolezza del sempre più marcato e stretto intreccio tra dimensione biologica e dimensione sociale, reso ancora ancora più evidente dal Covid-19. Promuovere un proficuo dialogo tra le scienze sociali e le scienze biomediche, in grado di dare conto della multidimensionalità della cura e della complessità della malattia è l'auspicio nella speranza che i tempi siano maturi affinché la sociologia della salute e della medicina, al pari di altre discipline che afferiscono alle MH, possa trovare adeguato uno spazio nei *curricula* dei professionisti sanitari, pur nel riconoscimento delle specifiche aree di competenza, creando una nuova alleanza *con* la medicina.

## Conclusioni

Per colmare il ritardo che caratterizza il nostro Paese in tema di insegnamento delle MH, è possibile ripartire dall'esistente, recuperando alcune delle proposte che già sono state elaborate nelle iniziative a cui si è fatto menzione, adeguatamente aggiornate alla luce degli insegnamenti appresi durante l'emergenza sanitaria Covid-19.

In primo luogo, si tratta di riconsiderare e adeguare il lavoro della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia che ha definito un *core curriculum* delle professioni sanitarie. Tale percorso risulta formato da 1839 Unità Didattiche Elementari (UDE), tra le quali almeno 23 sono di pertinenza delle MH, e della Sociologia in particolare (cfr. <http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/>). Nello specifico, la Conferenza ha individuato nella dorsale della Metodologia Medico-scientifica, che accompagna lo studente dal I al VI anno di corso, lo spazio nel quale introdurre le UDE delle MH a partire dalla formazione di base del triennio, sino alle discipline specialistiche del IV e V anno, per contestualizzarle alle diverse condizioni patologiche. Nei corsi di Medicina

Interna e Chirurgia Generale del VI anno, all'interno dei tirocini professionalizzanti, le UDE delle MH potrebbero poi trovare spazio per completare una visione olistica dei bisogni di salute del paziente complesso.

In secondo luogo, si è già fatto menzione al bisogno che le MH vengano ad assumere un posizionamento trasversale lungo i *curricula* formativi, integrandosi in maniera orizzontale e verticale con le discipline più tecnico-scientifiche lungo l'intero percorso formativo, superando alcune delle criticità della situazione italiana alla quale si è già fatto menzione. Sebbene risulti evidente come sia necessario prevedere corsi obbligatori di MH lungo l'iter formativo, dovrebbe essere data la possibilità di prevedere anche corsi opzionali (Attività Didattiche Elettive, ADE) a scelta dello studente su specifiche tematiche (quali a titolo di esempio: le terapie del dolore, le cure palliative, le medicine non convenzionali e la medicina integrata, la medicina narrativa) in grado di arricchire in maniera significativa il bagaglio di competenze culturali e tecniche dello studente.

In terzo luogo, si evidenzia la necessità di rafforzare il collegamento tra una formazione che includa le MH e le attività di tirocinio svolta sul campo. L'emergenza sanitaria ha messo in luce come il lavoro dei professionisti sanitari si scontri con eventi inattesi, come quelli legati ad una pandemia, i quali richiedono interventi urgenti che impongono ai professionisti sanitari di sviluppare competenze fondate sull'umanizzazione delle cure, la presa in carico globale, l'empatia e la resilienza. Si tratta di abilità che, per essere adeguatamente interiorizzate, necessitano di essere sperimentate nei reparti e negli ambulatori, attraverso il confronto con i pazienti, i loro familiari e, non ultimo, i colleghi.

In quarto luogo, una proposta interessante è quella contenuta nel documento già citato del gruppo di lavoro del Consiglio Superiore di Sanità, di prevedere un modulo *ad hoc*, rivolto alle matricole – propedeutico ed obbligatorio – programmato prima dell'inizio dei rispettivi corsi di studio e indirizzato a fornire i fondamenti delle MH e a sensibilizzare i futuri operatori sanitari circa le aspettative cui dovranno rispondere e, al contempo, comprendere, nel loro futuro professionale.

Infine, un'ulteriore proposta che potrebbe fornire un'importante accelerazione all'istituzionalizzazione delle MH nel nostro Paese potrebbe essere offerto dalla creazione di Dipartimenti di *Medical Humanities* all'interno degli Atenei che ospitano Scuole/Facoltà di Medicina, nella veste di centri abilitati ad effettuare ricerca scientifica, promuovere l'aggiornamento del sapere, collegare il sapere teorico di stampo umanistico alla pratica assistenziale clinica. La creazione di tali Dipartimenti potrebbe anche favorire

l'integrazione tra le diverse discipline che compongono la costellazione delle MH, il dialogo interdisciplinare, nonché lo sviluppo di progettualità comuni.

### **Bibliografia di riferimento**

Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (2020), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.

# *Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN*

di Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli

## **1. Le quattro distorsioni del SSN italiano**

A conclusione di questo Libro Bianco, vorremmo cercare di puntualizzare quelle che riteniamo essere le *quattro distorsioni fondamentali* che, alla luce di quanto emerso dai diversi contributi scientifici presentati nella prima parte, caratterizzano storicamente il SSN italiano e lo hanno indebolito nella sua capacità di resilienza e di risposta efficace, efficiente ed appropriata alla crisi prodotta dalla pandemia da Covid-19.

La prima e fondamentale distorsione è di natura *distributiva* e riguarda le profonde *disuguaglianze sociali di salute*. Secondo l'art.1 della legge 833/1978 il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. A più di quaranta anni dalla legge 833, tuttavia, non si è ancora giunti a garantire modalità di uguale trattamento dei cittadini, nonché livelli di salute tendenzialmente simili per tutta la popolazione. Su quest'ultimo punto, una recente ricerca dell'ISTAT (2019) permette di individuare un quadro pressoché dicotomico a livello territoriale. Quattro regioni definiscono due poli opposti nei *profili di salute*: le condizioni ottimali del Veneto e del Trentino-Alto Adige si contrappongono, infatti, alle condizioni molto critiche della Valle d'Aosta e della Campania. Nove regioni (Sardegna, Toscana, Umbria, Marche, Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna) sono identificate come aventi "Discrete condizioni di salute ma comportamenti a rischio", mentre sei regioni (Lazio, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia ed Abruzzo) vengono etichettate come aventi in modo prevalente

“malattie croniche”. D’altro canto, il secondo rapporto<sup>1</sup> su “Le disuguaglianze di salute in Italia” (Costa *et al.* 2014) aveva già dimostrato uno stato di avanzamento modesto nell’implementazione di politiche mirate al contrasto delle disuguaglianze di salute. Gli interventi erano stati considerati come isolati, non seguiti da programmi di azione coordinati e coerenti, nonché quasi esclusivamente concentrati sui gruppi vulnerabili<sup>2</sup>.

Se dalla salute si passa alle *garanzie di assistenza sanitaria* a tutti i cittadini, la situazione non appare meno problematica. L’analisi comparata delle regioni in termini sia di uguaglianza di salute che di equità assistenziale, evidenzia, infatti, una mappa ampiamente differenziata a livello territoriale (Vicarelli, Spina 2020). Molte delle regioni che rientrano, secondo l’indagine ISTAT citata (2019), nel cluster connotato da “buone condizioni di salute” o in quello in cui si registrano “discrete condizioni di salute”, sono le stesse che dimostrano un punteggio più alto nella capacità di garantire ai propri cittadini i livelli essenziali di assistenza (LEA). Analogamente, le regioni che evidenziano condizioni di salute più critiche, sono le stesse che, sul piano delle risorse e delle performance dei servizi sanitari, appaiono più lacunose. La regione con le più precarie condizioni di salute (la Calabria) manifesta

---

<sup>1</sup> Il primo rapporto si deve a Costa e Faggiano (1994). Il secondo rapporto è il risultato dei lavori della Commissione interregionale – Gruppo equità in salute e sanità – coordinata dalla Regione Piemonte e composta da funzionari ed esperti delle regioni, al fine di raccogliere le evidenze esistenti in Italia e di preparare una strategia nazionale di contrasto (Costa *et al.* 2014).

<sup>2</sup> Tra gli atti italiani di programmazione in tema di disuguaglianze di salute vanno ricordati: il *Quadro strategico nazionale 2007-2013* che, definendo gli indirizzi programmatici per l’utilizzo dei Fondi strutturali europei, ha sottolineato la necessità di orientare gli investimenti anche sugli aspetti di salute, in ragione della particolare vulnerabilità delle persone più povere, soprattutto nelle regioni del Mezzogiorno; il *Programma nazionale Guadagnare salute* che ha riconosciuto l’importanza delle politiche non sanitarie nel contrasto alle disuguaglianze di salute; la *Strategia Salute* in tutte le politiche, sancita nella Conferenza inter-ministeriale di Roma del 2007, che ha riconosciuto l’importanza di adottare in tutte le politiche non sanitarie procedure di valutazione d’impatto sanitario attente ai soggetti più vulnerabili. Inoltre, l’Italia ha partecipato, con propri casi studio, tramite l’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e le regioni Veneto e Piemonte, alla Joint Action “*Equity Action*” conclusa nel 2014, promossa dalla Commissione europea per accompagnare gli Stati membri nella valutazione dell’impatto delle politiche sulle disuguaglianze di salute. L’Italia coordina la nuova *Joint Action* Europea “*Health Equity Europe*” (JAHEE) secondo cui occorre realizzare almeno una azione concreta di riduzione delle disuguaglianze di salute scelta nel quadro di un menù di azioni di provata efficacia (si veda il sito [www.disuguaglianzedisalute.it](http://www.disuguaglianzedisalute.it) gestito dal Servizio di Epidemiologia e dal Centro di Documentazione – DoRS della Regione Piemonte; si veda anche il portale <http://www.health-inequalities.eu/>). Infine, va considerato il rapporto “*L’Italia per l’equità nella salute*” presentato dal Ministero competente nel 2017 il quale, per la prima volta, identifica e propone azioni concrete di contrasto di cui sono responsabili sia il sistema sanitario sia le politiche non sanitarie, a livello nazionale, regionale e locale (Ministero della Salute 2017).

forti criticità anche sul piano della garanzia dei LEA. Peculiare appare, invece, la situazione della Valle d'Aosta che sul piano delle condizioni di salute della popolazione mostra valori molto critici, ma che presenta un discreto punteggio in termini di LEA.

Non meno problematico appare *l'accesso ai servizi sanitari*. In Italia la quota di persone che rinuncia a curarsi per motivi economici è enormemente aumentata dopo la crisi economica iniziata nel 2008, arrivando a oltre 4 milioni, pari al 7% della popolazione nel 2018<sup>3</sup>: si tratta per lo più di persone di 45-54 anni e di stranieri spesso privi di regolare assistenza sanitaria. Sarebbero, invece, circa 2 milioni coloro che rinunciano a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa (3,3% dell'intera popolazione) e che non sono in grado di rivolgersi all'*intra moenia* o al privato non convenzionato. È il paradosso di un paese dotato di un SSN pubblico ma che ha una spesa sanitaria privata *out-of-pocket* che, dopo aver sfiorato il 30% della spesa sanitaria totale negli anni scorsi (Giarelli, 2017), si è attestata nel 2019 al 23,1% della spesa sanitaria totale<sup>4</sup>. In Italia la quota di spesa sanitaria *out-of-pocket* grava mediamente per il 3,4% sul totale della spesa delle famiglie, rispetto ad una media UE27 del 3,3%<sup>5</sup>; mentre la quota di famiglie che ha sperimentato spese sanitarie catastrofiche<sup>6</sup> è stata dell'8% nel 2018 rispetto ad una media UE27 del 6,6% (WHO Regional Office for Europe, 2019). Tali disuguaglianze sociali sono strettamente intrecciate con le disuguaglianze di carattere territoriale: il Mezzogiorno ha la quota più alta (13,2%) in Italia di popolazione che rinuncia alle cure mediche per carenza dell'offerta o anche per introduzione dei ticket e di quote di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini (ISTAT, 2015).

La seconda distorsione ha natura *culturale* ed è relativa all'*orientamento alla malattia* e alla conseguente *medicalizzazione* della salute che caratterizza ancora in gran parte il SSN italiano. Un orientamento che trova espressione in diversi aspetti: anzitutto nella scarsa rilevanza che la prevenzione assume nel complesso dei servizi sanitari. L'importanza delle politiche di prevenzione sanitaria, come investimento non solo per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, ma anche per lo sviluppo socioeconomico e per la sostenibilità degli stessi sistemi sanitari, è stata da tempo sottolineata a livello di agenzie internazionali quali l'Organizzazione Mondiale

---

<sup>3</sup> Dati forniti dall'Istat nell'audizione resa davanti alle Commissioni Bilancio di Camera e Senato il 12 novembre 2018.

<sup>4</sup> OECD Health Statistics 2020, OECD National Accounts database.

<sup>5</sup> OECD Health Statistics 2020, OECD National Accounts database.

<sup>6</sup> Definite come pagamenti *out-of-pocket* per spese sanitarie che eccedono la quota del 40% delle spese familiari (WHO Regional Office for Europe, 2019).

della Sanità (WHO, 2013). Eppure, la spesa per la prevenzione in Italia, pur inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) quale terza macroarea<sup>7</sup> (assieme all'assistenza distrettuale e all'assistenza ospedaliera) rappresenta soltanto il 4,4 % della spesa sanitaria pubblica (dato 2018: GIMBE, 2019), inferiore al 5% del Fondo Sanitario Nazionale da utilizzare per la “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, secondo gli ultimi Patti per la Salute. In termini complessivi, la spesa per prevenzione in Italia risulta ammontare al 4,4% della spesa sanitaria totale nel 2019<sup>8</sup>.

La limitatezza di risorse finanziarie destinate alla prevenzione si riflette nella scarsità di risorse umane a disposizione e nella limitata capacità dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende sanitarie di far fronte ad emergenze come quella della pandemia da Covid-19 in corso. Secondo un recente Rapporto dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE, 2020), nei 44 Dipartimenti di Prevenzione oggetto dell'indagine è stato solo grazie al coinvolgimento di numerosi altri servizi e del relativo personale che è stato possibile rispondere all'emergenza pandemica.

La distorsione prodotta dall'orientamento culturale alla malattia trova poi espressione, a livello di servizi sanitari, nella prevalenza del tradizionale modello organizzativo fondato sulla cosiddetta “medicina d'attesa”, ovvero successiva al manifestarsi della patologia, rispetto alla quale interviene soltanto *ex-post* quando il danno risulta magari ormai irreparabile, anziché preoccuparsi di effettuare screening finalizzati ad una diagnosi precoce della malattia. Nonostante la sperimentazione, in alcuni ambiti come quello delle malattie croniche, di nuovi modelli assistenziali come il Chronic Care Model (Barr *et al.* 2003) ispirati ad una nuova “sanità d'iniziativa”, la loro diffusione risulta ancora piuttosto limitata. Essa si scontra, soprattutto, con l'organizzazione tradizionale delle cure strutturata per specialità mediche, anziché sulla base dei bisogni di cura del paziente e sull'intensità assistenziale richiesta; nonché su di un approccio conseguente al paziente ancora di natura prettamente organicista e riduzionista, privo della visione olistica del malato necessaria per implementare percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi di natura interdisciplinare e interprofessionale.

La terza distorsione ha natura *strutturale* e si identifica con il *regionalismo differenziato* che è andato progressivamente realizzandosi negli ultimi

---

<sup>7</sup> Definita “Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro” e articolata per singole voci di spesa riferite ai sei livelli di assistenza: attività di prevenzione rivolte alle persone; igiene degli alimenti e della nutrizione; igiene e sanità pubblica; prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; attività medico-legali di interesse pubblico.

<sup>8</sup> OECD Health Statistics 2020, OECD National Accounts database.

due decenni dopo l'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001). Come evidenziato nel cap.2 della I parte, è possibile individuare due fasi nella attuazione di tale riforma costituzionale cui corrispondono modalità diverse del regionalismo sanitario: una prima fase, sino al 2007, nella quale tende a prevalere un regionalismo tanto omogeneo nella sua interpretazione quanto diverso nelle sue conseguenze, che ha avendo prodotto, per quanto riguarda l'applicazione dei LEA, un sostanziale "universalismo differenziato"; ed una seconda fase, dal 2008 ad oggi, durante la quale emerge una crescente rivendicazione di separatezza e indipendenza dallo Stato centrale, che sfocia nella richiesta – supportata in due casi (Lombardia e Veneto) da referendum popolari autoconvocati – di un "regionalismo rafforzato" inteso come possibilità di gestione esclusiva di alcune materie, che sfocia di fatto in un "universalismo ridotto" quale conseguenza di un atteggiamento di svalutazione delle regioni meno performanti.

A questo proposito, come evidenziato da un gruppo di lavoro del Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) dell'Università di Roma "Tor Vergata" (Spandonaro e d'Angela, 2017) è possibile identificare<sup>9</sup> tre diversi gruppi di Sistemi Sanitari Regionali (SSR) in base ai loro livelli di *performance*:

- a) un'area dell'*eccellenza*, comprendente 5 SSR (Toscana, Lombardia, Liguria, Veneto ed Emilia-Romagna), con modeste variazioni infragruppo (*range* 0,54-0,50);
- b) un'area *intermedia*, comprendente 11 SSR (Valle d'Aosta, Piemonte, Bolzano, Trento, Marche, Lazio, Umbria, Campania, Basilicata, Sardegna, Sicilia), con un *range* di variazione infragruppo maggiore (0,49-0,41);
- c) un'area *critica*, comprendente 5 SSR (Friuli Venezia-Giulia, Abruzzo, Molise, Puglia, Calabria), con un *range* di variazione infragruppo nuovamente ridotto (0,40-0,38).

Si tratta di risultati che permettono di parlare di un sistema con 21 SSR a tre livelli, i cui confini appaiono mobili, per cui la collocazione di ciascun SSR non è mai scontata.

Quello della mobilità sanitaria rappresenta probabilmente l'indicatore più evidente dei guasti prodotti da un regionalismo differenziato che drena risorse dalle regioni più povere e meno performanti verso regioni più ricche e maggiormente performanti dissanguando ulteriormente le prime. Sulla base

---

<sup>9</sup> Sulla base di un "pacchetto" di indicatori (15) articolati in cinque dimensioni (impatto sociale ed equità, economico-finanziaria, esiti di salute, appropriatezza e innovazione) ritenute sufficientemente comprensive da coprire i differenti aspetti della *performance* della sanità a livello regionale.

di un recente studio del GIMBE (2020) sulla mobilità sanitaria, in attivo sono risultate anzitutto due regioni che da sole rappresentano ben il 40% della mobilità attiva complessiva: Lombardia (26,1%) ed Emilia-Romagna (13,9%); seguite da Veneto (9,6%), Lazio (8,5%), Toscana (8,1%) e Piemonte (5,8%). All'opposto, quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, anche se con differenze più sfumate tra Nord e Sud rispetto a quella attiva: Campania (10,5%) Puglia (7,3%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%). È un caso che, mentre le prime sei regioni in attivo si collocano tutte nel primo o nel secondo gruppo di regioni maggiormente performanti della classificazione CREA, le ultime quattro stanno invece nel secondo e terzo gruppo? La rivendicazione di una "autonomia rafforzata" si fonda sostanzialmente sulla cristallizzazione di questa situazione di fatto, del tutto iniqua, di differenziazione nella performance delle diverse regioni italiane.

La quarta distorsione del SSN è di carattere *funzionale* e si può riassumere nel concetto di *ospedalcentrismo*, ovvero nella ancora persistente centralità dell'ospedale quale perno e asse portante del sistema sanitario. Si tratta di un'eredità del secolo scorso, durante il quale la prevalenza di patologie di carattere acuto giustificava il ricovero ospedaliero quale unica risposta terapeutica (Catananti, 2000). Negli ultimi decenni, tuttavia, una serie di cambiamenti significativi ha reso tale assetto obsoleto: come sintetizzato dallo stesso Ministro dell'Università e della ricerca, Gaetano Manfredi: «Il modello attuale della sanità, quello "ospedalocentrico", non è più sostenibile in una società fatta di persone anziane, con un alto tasso di cronicità, o davanti a emergenze come le pandemie. Serve un cambiamento basato sulle nuove tecnologie»<sup>10</sup>. Invecchiamento della popolazione e transizione epidemiologica (cioè dalla prevalenza di malattie infettive acute alla prevalenza di malattie cronico-degenerative) sono, dunque, le prime ragioni alla base della necessità del superamento dell'ospedalcentrismo (Olshansky e Ault, 1986).

Oltre a comportare l'accumulo sull'ospedale di un notevole volume di prestazioni improprie (specie nei servizi di Pronto Soccorso, come si è visto durante la pandemia da Covid-19), l'ospedalcentrismo ha determinato un problema di costi economici. La spesa ospedaliera costituisce ancora nel nostro paese una componente della spesa sanitaria pubblica pari al 44,2% nel 2018 (CERGAS-Bocconi, 2019), decisamente superiore al livello medio della stessa negli altri paesi della UE a 27 (39%), superata solo da quella di Croazia (47%), Romania e Cipro (46%)<sup>11</sup>. Se si considera che in Germania

---

<sup>10</sup> <https://www.vvox.it/2020/11/10/sanita-manfredi-modello-ospedalocentrico-non-piu-sostenibile-urge-cambiamento/>, 10 novembre 2020.

<sup>11</sup> OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

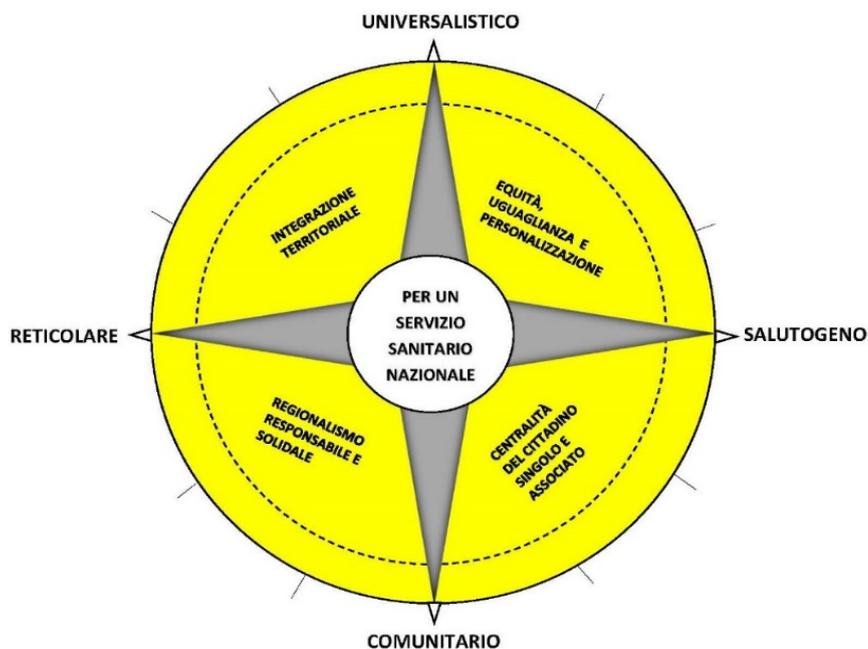
la spesa ospedaliera è al 28%, in Francia al 38% e in Svezia al 39% della spesa sanitaria totale si comprende quale sia il divario e quanta strada occorra ancora fare per ridurre il peso della componente ospedaliera. Senza contare il problema dei costi crescenti che la gestione di ospedali sempre più tecnologizzati comporta, nella direzione di un loro utilizzo intensivo e mirato quali presidi di secondo e terzo livello.

## 2. I quattro principi guida per il rilancio del SSN

Alle quattro distorsioni fondamentali del SSN italiano i contributi presentati nella seconda parte del Libro Bianco hanno cercato di offrire una risposta in termini di *linee strategiche* o direttrici di azione da perseguire per un rilancio del SSN: la focalizzazione sulla salute collettiva, l'ambiente e la promozione della salute; la centralità del territorio e della comunità in una logica di prossimità delle cure; l'integrazione dell'ospedale in una rete modulare di cure; l'innovazione digitale quale strumento di miglioramento della qualità delle cure e di governance sanitaria; un ampliamento della formazione dei professionisti sanitari nella direzione di una costellazione pluralistica di saperi in una prospettiva interdisciplinare e interprofessionale.

*Quattro principi-guida* sottendono a tali linee strategiche: essi possono essere ricomposti in quella che abbiamo definito la “*bussola*” per guidare il rilancio del SSN italiano (fig.1), che costituisce il contributo della Sezione AIS-SSM alla discussione in atto nel paese, nello spirito costruttivo di una sociologia pubblica eticamente impegnata nella direzione di un miglioramento del benessere della collettività e delle sue istituzioni. Si tratta di orientamenti che fanno fondamentalmente riferimento alla Costituzione della Repubblica Italiana e alla l. 833/1978 istitutiva del SSN italiano, ma che sono divenuti nel tempo meno pregnanti e quasi “sbiaditi” in un processo trasformativo che si è svolto con una intensità crescente negli ultimi decenni e che si è sviluppato entro contesti macroeconomici e socioculturali molto differenti (quelli di una società postindustriale) da quelli che ne avevano visto la genesi concettuale e poi legislativa. Principi-guida che hanno bisogno, quindi, secondo i componenti della *task force* che si sono impegnati in questa impresa collettiva, di essere ridefiniti e rilanciati rispetto alle esigenze emergenti della società italiana attuale e nella cornice delle politiche solidaristiche del modello europeo di welfare (Ferrera 2018).

Fig.1 – La “bussola” per il rilancio del SSN



## 2.1 Un SSN universalistico: uguaglianza, equità e personalizzazione

Le grandi *disuguaglianze in termini di salute e di assistenza sanitaria* che caratterizzano il sistema italiano nonostante l'esistenza, da più di quaranta anni di un SSN, sono il portato di scelte istituzionali e di politiche sanitarie differenziate nel tempo. Dapprima, infatti, si è sostenuta una concezione di *“universalismo forte”* (anni Ottanta), secondo cui il principio dell'eguaglianza delle risorse sarebbe stato garantito man mano che il nuovo sistema fosse stato implementato a livello micro-territoriale, attraverso politiche di omogeneizzazione dei servizi e del personale (Vicarelli, Spina 2020). Tuttavia, il processo di regionalizzazione della sanità italiana, sviluppatosi nelle due fasi seguenti (anni Novanta e primo decennio Duemila) ha creato condizioni fattuali (e in certa misura valoriali) che hanno limitato l'andamento omogeneizzante del periodo precedente. In tale periodo, la concezione di un *“universalismo selettivo”* attenta alle differenze territoriali nei bisogni e nelle risorse è sembrata utile per affrontare la contraddizione perdurante tra i principi della legge 833 e le risposte concretamente date, dalle regioni italiane,

alla tutela della salute in termini soprattutto di accesso ai servizi e di esiti. Tale andamento sembra conoscere, nell'ultimo decennio, una quarta fase secondo cui la contraddizione, sopra evidenziata, sembrerebbe risolvibile in termini di un “*universalismo ridotto o sufficiente*”. A partire dal 2008, infatti, a fronte delle richieste di autonomia differenziata di alcune regioni del centro-nord, sembra proporsi 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. – Tale lettura limitante dell'universalismo andrebbe, quindi, fortemente bloccata poiché troppo lontana dai principi fondanti del SSN. Ciò significa riallineare il sistema sanitario su un *universalismo bilanciato*, effettivamente in grado di garantire alla popolazione italiana una ampia equità assistenziale, limitando gli effetti negativi tanto di una concezione forte ancorata solo sulle risorse (di beni e di personale) quanto di una concezione selettiva non in grado di saper valorizzare le garanzie di accesso alle prestazioni e i risultati conseguiti.

D'altro canto, l'attenzione al tema dell'uguaglianza di salute e dell'equità assistenziale appare oggi particolarmente necessaria perché è possibile che l'attuale pandemia da Covid-19 conduca a *un aggravamento della situazione*:

povertà e disoccupazione appaiono verosimilmente destinate ad assumere valori preoccupanti in un quadro di profonda recessione economica. Le crescenti disuguaglianze sociali amplieranno le distanze fra autoctoni e immigrati, occupati e non occupati, occupati a tempo indeterminato e occupati a tempo determinato, adulti e giovani, regioni del Centro-Nord e Mezzogiorno, ceti medi coinvolti in attività che richiedono un'alta qualificazione professionale e occupati a bassa qualifica nei servizi (Ascoli, Sgritta 2020, 38).

Il tutto con forti riflessi in termini di benessere fisico e sociale.

Il *ritardo dell'Italia* in tema di politiche per l'uguaglianza di salute va imputato, secondo Costa e colleghi (2009), anche alla povertà di cultura e tradizione empirica dei governi che preferiscono argomentare di equità sul piano delle controversie etiche ed ideologiche piuttosto che misurarsi con i dati. Una certa colpa sarebbe, inoltre, da attribuire alla natura episodica e monodisciplinare degli sforzi di ricerca realizzati su questi temi. In tale direzione, la *sociologia della salute e della medicina italiana ha aumentato, negli ultimi anni, i propri sforzi di ricerca* riconoscendo nel tema delle disuguaglianze (socioeconomiche, di genere, di generazione ed etniche) uno dei campi privilegiati della propria analisi e del proprio impegno pubblico (Terzano 2018). Ne deriva che se la dimensione sociale viene riconosciuta come centrale per la comprensione degli esiti di salute, accanto ad esempio a quella genetica e biologica, occorre pensare, in primo luogo, a *politiche di*

*intervento che valutino la posizione degli individui all'interno della gerarchia sociale.* Reddito, istruzione, occupazione, classe sociale (le variabili chiave per determinare la posizione degli individui nella società) nonché la loro interazione con altre variabili di stratificazione, quali il genere e l'origine etnica, dovrebbero, cioè, entrare in modo più esplicito nella sfera degli interventi pubblici in tema di salute (Terraneo 2018). Ciò contrasta, ad esempio, con l'idea (tuttora perseguita dalle politiche di prevenzione) che gli stili di vita (dieta, consumo di alcool, di fumo ecc.) siano il portato di libere e razionali scelte individuali e non, invece, come sostengono gli studi sociologici, il risultato di una varietà di fattori, quali il lavoro svolto o i contesti in cui si vive, che determinano in modo decisivo le opportunità e i vincoli che guidano le scelte dei cittadini (Terraneo 2018). In secondo luogo, se è la posizione sociale ad avere un ruolo centrale nell'influenzare le condizioni di benessere delle persone, sebbene ciò accada in modo indiretto, per la mediazione di fattori che espongono gli individui a situazioni più o meno dannose per la salute, allora essa dovrebbe entrare nelle politiche di contrasto riguardando *tutta la popolazione e non solo le fasce più fragili*. Ciò vale tanto più in situazioni di crisi economica come quella che ha coinvolto i paesi occidentali a partire dal 2008 che ha esposto alla fragilità sociale e di salute fasce crescenti di cittadini appartenenti al ceto medio. Tali gruppi, ad esempio, hanno trovato difficoltà crescenti nel soddisfare i propri bisogni di salute (si pensi al tema dei tickets o delle prestazioni in intramoenia) anche all'interno di un servizio sanitario pubblico come quello italiano (Spandonaro, D'angela 2017).

*L'universalismo applicato alla salute e all'assistenza non deve però riflettersi in cure standardizzate garantite*, in modo riduzionistico, a tutti i pazienti che ne necessitano. Così come è stato necessario, nel tempo, elaborare in termini complessi i concetti di eguaglianza e di equità nella sfera del benessere dei singoli, altrettanto occorre chiedere, oggi, alla medicina e ai suoi professionisti perché garantiscano una *reale personalizzazione delle cure* seppure entro un Servizio sanitario nazionale. La medicina contemporanea si è sviluppata su principi scientifici di tipo meccanicista e riduzionista, ritenendo che per descrivere e predire il comportamento di un sistema complesso come l'organismo umano fosse sufficiente, con buona approssimazione, la comprensione e descrizione del funzionamento delle sue parti costitutive, sulle quali intervenire con forme essenzialmente riparatorie. Tale approccio, di cui la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) è espressione, ha dato grandi risultati in termini di aumento dell'aspettativa di vita e della sua qualità. Tuttavia, il senso della medicina è quello di curare ogni singola persona secondo le sue necessità e tale attenzione al singolo richiede un approccio complesso

di cui la clinica è stata in passato grande espressione. Il *rischio che, oggi, un approccio quantitativo e statistico prenda il sopravvento nella cura, soprattutto in sistemi sanitari aziendalizzati, va, dunque, assolutamente evitato* poiché significa perdere di vista un paziente con una storia, un nome e un cognome, con attese, auspici e desideri che il medico deve rispettare e indirizzare nel contesto di quella che è la relazione terapeutica. Ciò significa, non solo, affiancare alla EBM una medicina basata sulla narrazione (NBM) (Charon, 2001; Giarelli, 2005), ma anche promuovere *una clinica basata sulla complessità*. La maturazione di questo nuovo “approccio ha come conseguenza l’evoluzione da un modello di medicina pro-attiva, centrata sull’individuazione dell’intera rete di relazioni che comporta l’espressione nel tempo delle varie manifestazioni patologiche e sull’inclusione degli effetti dell’interazione e perturbazione reciproca tra medico e paziente nella costruzione della cura” (Pristipino, 2013, p.144). In tale interazione, infatti, l’alleanza terapeutica tra medico e paziente diventa parte stessa della cura. *Una medicina poggiate, dunque, su 4 pilastri, tra loro strettamente interconnessi: predizione, prevenzione, personalizzazione e partecipazione (di pazienti e medici)* (Auffray et al., 2010; Vicarelli, 2016).

## 2.2 Un SSN salutogeno: centralità del cittadino singolo e associato

Nonostante sia passato ormai quasi mezzo secolo dalla celebre Dichiarazione di Alma Ata del 1978 che formalizzava la nuova definizione di salute già presente nella costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1948) non più come assenza di malattia o infermità ma come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale”, la dominanza del paradigma biomedico basato su di una concezione di salute come assenza di malattia ed un orientamento patogenico è ancora molto forte nei contesti medico-sanitari, sia a livello accademico che nell’ambito dei servizi. Per cercare di superare tale distorsione culturale tuttora prevalente anche nel nostro SSN italiano, prima di proporre un qualunque orientamento alternativo è dunque necessario andare ad individuare quali sono le caratteristiche di fondo di tale *orientamento patogenico* al fine di comprendere anche le ragioni ancora molto forti della resistenza al suo superamento.

Le caratteristiche principali di tale orientamento sono fondamentalmente tre (Wulf et al.1995):

- 1) una *ontologizzazione della malattia*, reificata quale oggetto astratto e distaccata dall’esperienza vissuta del malato, scissa dalla sua corporeità;

2) una *esternalizzazione della malattia*, concepita come risultante dall'attacco di un'entità esterna all'individuo;

3) una *individualizzazione della malattia*, considerata quale problema di natura prettamente del singolo individuo con scarsa o nessuna connessione con l'ambiente sociale e naturale esterno.

Si tratta di tre caratteristiche fondative della biomedicina contemporanea, sviluppate nel corso del XIX secolo ed affermatesi pienamente nella formazione accademica e nella pratica clinica nel corso del secolo scorso, che solo negli ultimi decenni hanno cominciato ad essere rimesse in discussione sia grazie alla sempre più evidente percezione della loro inadeguatezza nell'ambito della medicina stessa e, in particolare, in alcune sue specialità (Medicina generale, Geriatria, Psichiatria), sia grazie all'emergere (o forse meglio sarebbe dire "riemergere") di paradigmi alternativi che ne hanno evidenziato i limiti e incongruenze.

Tra questi paradigmi, quello *salutogenico* è indubbiamente uno dei più pregnanti per le potenzialità che presenta di vera e propria "rivoluzione culturale" in grado di riorientare nel suo complesso la medicina ed i servizi sanitari. L'approccio proposto da Antonovsky (1996) nell'ambito della promozione della salute tende, infatti, a rovesciare completamente il paradigma patogenico nelle sue tre premesse fondamentali: anzitutto per quanto riguarda l'ontologizzazione della malattia che, come la salute, non è più reificata come un oggetto staccato dal corpo del soggetto, ma considerata come un processo dinamico risultante dalla sua capacità di comprensione *incorporata* (*embodied*) dei fattori, delle condizioni e delle risorse che determinano la sua condizione. Ciò grazie a quello che viene definito il "*sensu di coerenza*", ovvero la capacità dell'individuo di affrontare gli eventi critici della vita sulla base della loro *comprensibilità* (contestualizzati in un ordine prevedibile), *affrontabilità* (ricorso alle proprie risorse fisiche, psichiche, materiali e relazionali) e *significatività* (attribuzione di senso per imparare dall'esperienza).

Grazie alla comprensione della malattia nel suo contesto significativo, essa non è più percepita come risultante semplicemente dall'attacco di un agente esterno (virus, batterio, brione, ecc.) contro cui *combattere*, ma come la risultante di uno squilibrio tra fattori interni ed esterni all'individuo e della sua incapacità di gestire in modo resiliente la complessità delle interazioni prodotte da tali fattori. Al contrario, la salute diviene la risultante della *resilienza* del soggetto, che consiste nella sua capacità di trasformare gli eventi critici del corso di vita e i fattori di stress della vita quotidiana in opportunità da saper gestire per produrre salute: la quale non è più considerata semplicemente come uno stato opposto alla malattia, due condizioni dicotomiche, ma come due polarità interconnesse da un *continuum* lungo il quale si snoda la

capacità dell'individuo di trasformare tali eventi in esperienza di apprendimento per produrre benessere.

Anche il terzo pilastro del paradigma patogenico viene così ad essere demolito nel momento in cui la salute-malattia non è più considerata semplicemente un *affaire* esclusivamente individuale, ma come la risultante della *connessione* tra dimensioni, spazi e tempi diversi, nei quali l'individuo deve essere in grado di ritrovare quelle che Antonovsky (1996) definisce le “risorse di resistenza generalizzata”, ovvero le modalità migliori da adottare per saper rispondere ed adattarsi alle più disparate situazioni al fine di creare l'equilibrio necessario ad affrontarle. La salute diviene dunque il processo risultante da questa continua ricerca di equilibrio omeostatico, sempre precario, tra le due polarità del completo benessere e del completo malessere, per ottenere il quale l'individuo deve fare ricorso alla sua *conoscenza incorporata (embodied cognition)* della complessità di fattori del proprio ambiente interno (psichici e fisici) ed esterno (materiali e sociali).

Alla luce di questo ribaltamento dei tre pilastri fondamentali del paradigma patogenico, si possono anche comprendere la difficoltà e le resistenze spesso opposte dai professionisti medici e sanitari, che si vedono costretti a ripensare profondamente il proprio ruolo da detentori esclusivi della definizione e della gestione dei percorsi di cura a *tutor, coach* del malato quale soggetto *in primis* responsabile della comprensione e della gestione delle proprie condizioni di salute-malattia.

È evidente infatti come, in questa prospettiva salutogenica, l'individuo nei propri percorsi di cura, oltre a vedersi restituita per intero la sua integrità di persona, non è più considerato un *paziente/utente* passivo dell'agire professionale medico come nel tradizionale paternalismo del paradigma biomedico; né diventa un semplice *cliente* dotato di libertà di scelta come nella sua variante contemporanea consumerista; ma diviene un *co-produttore* delle proprie condizioni di salute, un co-autore insieme ai professionisti medico-sanitari di percorsi di cura appropriati (Giarelli e Venneri, 2009). In questa relazione ridefinita come una forma di *partnership*, la persona entra quale cittadino titolare di diritti (alla salute e alla cura, all'informazione e alla decisione), ma anche di doveri (la responsabilità delle proprie decisioni e di rispettare quanto negoziato e concordato con il professionista). In tal modo, la co-produzione diviene

un nuovo modello partecipativo e collaborativo, attraverso cui i cittadini e gli erogatori dei servizi si uniscono per definire gli obiettivi, le strategie, le modalità di finanziamento, le fasi temporali e/o i criteri di valutazione di un bene o di un servizio pubblico (Giarelli *et al.* 2020, p. 206).

Il che trascende quindi la dimensione microsociale per investire anche l'organizzazione dei servizi sanitari e la programmazione, gestione e valutazione dei sistemi sanitari. E qui troviamo la seconda ragione delle resistenze spesso incontrate da parte dei professionisti sanitari, non sempre disponibili a rinegoziare le proprie relazioni di cura con il paziente nella direzione di un maggiore *empowerment* di quest'ultimo.

Oltre al riconoscimento e alla valorizzazione delle risorse e delle competenze esistenti nelle persone, la co-produzione promuove quindi la rilevanza delle *relazioni di rete* nell'ambito della comunità di appartenenza del cittadino che, oltre che individualmente, entra anche collettivamente nella co-produzione dei servizi sanitari con la famiglia, le proprie reti informali (vicinato, amicizia, lavoro) e formali (volontariato, self-help, organizzazioni comunitarie) in una logica di *community care* tesa a valorizzare il "*capitale sociale*" della persona. Il ruolo che, in particolare, *l'associazionismo di cittadinanza* (Giarelli *et al.*, 2012) può svolgere nel processo di salutogenesi è fondamentale nel sostanziare processi partecipativi comunitari di prossimità non meramente formali, consultivi o peggio, manipolativi, ma finalizzati alla costruzione di percorsi di cura condivisi, in grado di offrire risposte adeguate alla complessità dei bisogni di salute, frutto di un processo di co-produzione nel quale i professionisti sanitari debbono entrare superando (e questa è la terza ragione delle loro resistenze) la loro tradizionale autoreferenzialità monodisciplinare e monoprofessionale per acquisire la capacità e la competenza necessarie a lavorare proficuamente in équipe.

### 2.3 Un SSN comunitario: per un regionalismo responsabile e solidale

L'art.32 della Costituzione riconosce la salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Il riferimento costituzionale alla collettività apre la strada ad una *interpretazione della salute e, conseguentemente, dei servizi e delle prestazioni sanitarie come "beni comuni"*. Si tratta di una interpretazione che trova il primo riferimento culturale nei lavori di Elinor Ostrom (1990) e in seguito nel dibattito che su tale tema si è sviluppato negli Stati Uniti e in Europa, coinvolgendo anche l'Italia (Rodotà 2012; 2013).

Se si guarda, in primo luogo, *alla salute come bene comune* occorre considerare, secondo l'insegnamento di Seppilli (2010), le sempre più estese interconnessioni (anche a livello planetario) che caratterizzano le società contemporanee, le quali non consentono ad alcuno di pensare che la salute possa valutarsi e difendersi alla sola scala personale. Essa, infatti, appare

dipendente dalla salubrità, fisica e sociale, dei tanti mondi interrelati in cui ogni individuo si trova a vivere. Se siamo parte, dunque, dell'universo naturale e sociale planetario, *la salute va intesa come risorsa collettiva (una res comune omnium) cioè una dotazione patrimoniale di appartenenza comunitaria che implica una responsabilità diffusa, anche nei riguardi delle prossime generazioni.*

Con questa ottica andrebbero fortemente riconsiderate tutte quelle politiche sanitarie che, influenzate dall'individualismo metodologico e dal liberismo economico, hanno sempre più valutato il benessere psico-fisico e sociale come una responsabilità individuale, da perseguire soggettivamente. Riconoscere l'interesse delle generazioni presenti e di quelle in fieri (siano esse in formazione come i bambini da 0 a 10 anni oppure non ancora nate) significa creare servizi, a base comunitaria, in grado di rispondere ai bisogni di salute che si esprimono nell'intero arco di vita (quindi per le generazioni appena nate, per le giovani generazioni, per quelle di età media o medio-alta), garantendo al tempo stesso la sostenibilità del sistema sanitario locale in una prospettiva di medio-lungo termine, nonché la salubrità e la sicurezza dell'ambiente in cui tali generazioni si svilupperanno.

Se, in secondo luogo, si guarda *alla sanità come bene comune*, l'attenzione va posta sul carattere pubblico, privato o comunitario dell'insieme dei servizi e delle prestazioni che rendono accessibile e realizzabile (almeno in certa misura) il benessere psico-fisico e sociale delle comunità di riferimento. In Italia, a partire dai lavori di Stefano Rodotà (2013) si sviluppa l'idea che alcuni beni essenziali per la vita dell'uomo debbano sfuggire alla logica della proprietà privata, del mercato e del profitto e vadano comunque tutelati dalla legge come beni collettivamente controllati e potenzialmente disponibili "per tutti". Indisponibili per il mercato, i beni comuni si presentano così come strumento essenziale perché i diritti di cittadinanza – quelli che appartengono a tutti in quanto persone – possano essere effettivamente esercitati (Rodotà 2012).

Una tale prospettiva, commisurata alle grandi trasformazioni economiche e socio-culturali degli ultimi trent'anni, comporta, non una astratta difesa del carattere privato o pubblico dei sistemi sanitari, ma una *revisione e un deciso superamento delle loro attuali strutture verticistiche con una forte apertura alla soggettività sociale e a nuove forme di discussione, partecipazione e gestione comunitaria "dal basso"*, a partire dalle decisioni sulle scelte strategiche fino alla valutazione concreta dei risultati raggiunti. Secondo la Ostrom (1990), infatti, la democrazia è un grande processo sperimentale da cui può derivare una società policentrica, con governi federalisti ed equilibrio di poteri, in cui le istituzioni facilitano e sostengono l'azione collettiva.

È in questa direzione, dunque, che andrebbero valorizzati e resi operativi *due orientamenti politico-istituzionali di fondo*. Il primo riguarda il passaggio da una concezione prevalentemente statale del SSN (nei termini di una forma esplicita di welfare state) ad una declinazione più aperta a forme miste di regolazione pubblica, privata e di terzo settore (welfare mix), fino a giungere a concezioni più comunitarie (*welfare societario*) (Ascoli, Ranci 2003; Rodger 2000). Queste ultime poggiano, su tre caratteristiche fondamentali: la cittadinanza attiva (i cittadini non sono più solo i recettori passivi di politiche e prestazioni prese dai vertici del sistema decisionale, ma hanno il diritto/dovere di contribuire al benessere della società); la governance (i decisori non corrispondono più solo ai vertici gerarchici, ma includono più soggetti interagenti); la sussidiarietà orizzontale (i cittadini si impegnano attivamente per la realizzazione del benessere collettivo e il loro contributo singolo o associato viene valorizzato). Il secondo orientamento è connesso ai livelli istituzionali della governance e alla possibilità di forme policentriche di potere. Se, in tale direzione, sono le comunità locali a dover essere principalmente coinvolte nella gestione dei servizi sanitari, in virtù anche dello stesso concetto di salute come bene comune, è necessario che le istituzioni territoriali (ad esempio le regioni) sappiamo esprimere forme solidali e responsabili di governance e non modalità competitive e inaffidabili. È in questa direzione che andrebbero assolutamente frenate le richieste volte ad un regionalismo rafforzato, facendo emergere quella che molti ritengono l'interpretazione prevalente della riforma del titolo V: un sistema delle autonomie che riconosce come collante il principio di eguaglianza sostanziale. In base all'art. 5 Cost., infatti, le autonomie sono lo strumento del perseguimento di tale principio e non leve per la rottura del patto di solidarietà nazionale. D'altro canto, il processo di continua integrazione nazionale tramite il livellamento delle diseguaglianze presuppone l'adempimento dei «doveri inderogabili di solidarietà economica, politica e sociale» previsti dall'art. 2 della Costituzione e, dunque, soltanto un regionalismo con veste solidaristica può operare come cemento dell'unità e dell'indivisibilità della Repubblica (Ronchetti 2020).

Si tratta di un processo non facile, ma necessario, in una situazione come quella legata alla pandemia da Covid-19 in cui il welfare pubblico, da anni devalorizzato rispetto al privato, sarà ancora più in affanno stretto fra vincoli stringenti di spesa e l'esigenza di una profonda ricalibratura. Una fase in cui il terzo settore ha dimostrato ancor più la molteplicità delle sue dimensioni e spesso la suddivisione dei suoi interessi e delle sue forme di azione, mentre il mercato privato, seppure formalmente poco coinvolto dalla crisi, sta crescendo di forza almeno nei suoi aspetti farmaceutici, di laboratori chimici e

di analisi, di residenzialità per anziani o di attività ospedaliere per i malati non Covid-19. Una situazione che ha visto troppo spesso contrapposti i poteri centrali e regionali in una rincorsa senza fine alla visibilità e alla salvaguardia dei micropoteri personali o politico-partitici, piuttosto che al benessere condiviso di tutta la popolazione. Come hanno scritto Ascoli e Sgritta di recente (2020) occorrerà un certosino lavoro di ricerca e di «scavo» per individuare e portare in superficie comportamenti «virtuosi» di soggetti organizzati, nel pubblico, nel privato e nelle comunità, che tentino di riannodare i nodi di un sistema di garanzie per la salute collettiva e l'assistenza sanitaria, entro un'idea forte di cooperazione responsabile tra i diversi livelli di governo della sanità italiana.

#### *2.4 Un SSN reticolare: integrazione territoriale e socio-sanitaria*

Per superare la distorsione funzionale rappresentata da un SSN ancora fondamentalmente ospedalecentrico, l'idea di fondo è quella di costruire un sistema sanitario reticolare, fondato sull'integrazione ospedale-territorio e sociosanitaria, governato in modo unitario da aziende sanitarie in grado di gestire la complessità dei percorsi di cura a partire dai bisogni della persona considerata nella sua integrità. A tal fine, è necessario attivare due processi paralleli e convergenti: *una riorganizzazione complessiva dell'assistenza primaria territoriale e una riorganizzazione dell'ospedale sulla base del modello per intensità di cura e complessità assistenziale.*

Per andare oltre quello che è stato chiamato il “fallimento delle cure primarie” in molti contesti regionali italiani, è necessario imparare dai propri errori a partire dalla mancata o parziale realizzazione di quello che rappresenta lo strumento istituzionale ed il perno fondamentale dell'assistenza primaria territoriale: il *Distretto*<sup>12</sup>. A fare del Distretto un elemento delle fondamentali strategie di cambiamento del SSN è stata la terza legge di riforma

---

<sup>12</sup> Già definito all'art.10 della l.833/1978 quale “struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi ambulatoriali di primo livello e pronto intervento”, il Distretto è stato successivamente configurato nei D.Lgs. 502/1992 e 517/1993 quale articolazione organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL), centro di governo e non solo di erogazione di servizi. Nei successivi Piani Sanitari Nazionali (PSN 1994-1996 e 1998-2000), vengono ulteriormente definite in modo specifico le caratteristiche organizzative del Distretto e delineata un'effettiva autonomia operativa e gestionale che da articolazione “debole” dell'ASL ne fanno invece sempre più un luogo “forte” non solo di produzione di servizi, ma anche di programmazione degli stessi in un'ottica di integrazione sociosanitaria sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento e delle risorse disponibili, che avrebbero dovuto essere riequilibrare dall'assistenza ospedaliera in direzione di quella distrettuale.

(D.Lgs. 229/1999), tuttavia ampiamente inattuata in molte regioni italiane. Basterebbe invece proprio da lì ripartire per ritrovare già definiti sia le linee di indirizzo che tutti gli strumenti necessari ad una riorganizzazione appropriata dell'assistenza primaria territoriale. A cominciare dal ruolo di committenza del Distretto, inteso come responsabilità di governo della domanda mediante il cosiddetto “ciclo della committenza” (Brusaferro *et al.*, 2015) fondato sulla connessione circolare tra analisi dei bisogni di salute-acquisizione dei servizi-monitoraggio e valutazione dei risultati<sup>13</sup>; per finire con il ruolo di produzione<sup>14</sup> e gestione dei servizi sanitari territoriali di assistenza primaria, inclusa la continuità assistenziale, mediante l'integrazione multi-professionale tra medici di Medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PDL), servizi di guardia medica e presidi specialistici ambulatoriali. Ruolo e funzioni del Distretto sono stati ulteriormente definiti dai successivi PSN. In quello 2003-2005, in particolare, si assegnano al Distretto due funzioni fondamentali nell'ambito del cambio di prospettiva da una “*medicina d'attesa*” basata sui servizi che attendono i cittadini con le loro domande di assistenza e di salute ad una “*medicina d'iniziativa*” che identifica i servizi sociosanitari quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini: la promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari e la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili. Il successivo PSN 2006-2008 ha mirato a rafforzare l'integrazione dei MMG e dei PDL nel Distretto promuovendo lo sviluppo delle forme di aggregazione innovative della Medicina generale quali le *équipe* territoriali e i nuclei o unità di cure primarie; evidenziando anche

---

<sup>13</sup> Il ruolo di committenza si dovrebbe esplicitare attraverso il Programma delle attività territoriali (PAT), quale “piano territoriale della salute”, atto di programmazione negoziata con gli Enti locali degli obiettivi e delle attività da erogare, alla cui predisposizione e valutazione concorre quindi il Comitato dei sindaci di Distretto. Al Distretto è attribuita a tal fine sia autonomia economico-finanziaria per la definizione del volume di risorse in funzione degli obiettivi di salute e del volume programmato di attività, sia autonomia gestionale nell'ambito dei programmi approvati dall'ASL.

<sup>14</sup> Nell'ambito del ruolo di produzione del Distretto, oltre all'assistenza primaria e alla continuità assistenziale, rientra anche l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria delegate dai Comuni 2000, regolate dalla l.328/2000, quale legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Essa prevede un altro fondamentale strumento di programmazione integrata largamente inattuato in molte regioni italiane rappresentato dal Piano di Zona (PdZ) che i Comuni afferenti al Distretto dovrebbero predisporre in accordo con l'ASL, all'interno del quale sono definiti gli accordi in merito ai servizi sociosanitari.

l'importanza del raccordo ospedale-territorio e lo sviluppo, là dove ne ricorrono le condizioni, dell'ospedale di comunità.

Ulteriori strumenti di riorganizzazione distrettuali sono definiti dal D.Lgs. 159/2012, che stabilisce la funzione e la composizione delle *Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)*, quali unità funzionali nel cui ambito si collocano le *Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)*, forme organizzative multiprofessionali che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali. Un altro strumento fondamentale dell'assistenza primaria previsto dal Patto per la Salute 2014-2016 è stata la definizione *del Punto Unico di Accesso (PUA)*. Quale punto unico di riferimento per la comunità locale finalizzato a facilitare l'accesso ai servizi e a ridurre la variabilità diagnostico-terapeutica impropria dei percorsi di cura del cittadino, il PUA costituisce uno strumento fondamentale per individuare le priorità socio-assistenziali e regolare gli ingressi nel sistema in funzione dei livelli di bisogno<sup>15</sup>. Uno studio del 2011 condotto dall'AGE.NA.S. sullo stato di attivazione dei Distretti (Bellentani *et al.*, 2011) evidenzia, tuttavia, una significativa variabilità di implementazione del PUA, soprattutto per quanto riguarda la presa in carico del cittadino con l'individuazione di un percorso personalizzato di aiuto. Eppure è proprio questa la sua funzione fondamentale in una logica di rete come servizio favorente, ad esempio, la continuità delle cure tra ospedale e territorio sia quale luogo di attivazione degli interventi che di erogazione diretta di servizi quale l'attivazione *dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)* per i bisogni più complessi.

Se ci interroghiamo infine su dove tutto quanto sopra indicato dovrebbe logisticamente trovare collocazione sul territorio, la risposta più interessante che negli scorsi anni è stata sperimentata in almeno tre regioni sia pure con sostanziali variazioni (Emilia-Romagna, Toscana e Lazio) è stata quella delle *Case della Salute*, quale luogo di un'effettiva integrazione non solo funzionale ma anche strutturale e fisica dei percorsi diagnostico-assistenziali e di fruizione dell'assistenza territoriale. Afferenti al Distretto, esse rappresentano un'evoluzione di ulteriore complessità nell'integrazione dei servizi rispetto all'idea originaria del PUA, dal momento che accentrano anche i diversi servizi di assistenza primaria e li coordinano in modo da poter effettuare una presa in carico dei bisogni del cittadino, in sinergia con le altre

---

<sup>15</sup> Le quattro aree di intervento principali previste per i PUA – accoglienza, informazione e orientamento, accompagnamento con l'individuazione di un percorso personalizzato di aiuto, risoluzione di problemi semplici, osservatorio con raccolta e analisi dei dati su domanda e offerta – sono state tuttavia interpretate in maniera piuttosto differente dalle diverse regioni.

realtà del sistema sanitario (specie ospedaliera), semplificando i percorsi del cittadino, che trova in esse già tutti i servizi di cui necessita. A cominciare dal medico di Medicina generale, che in esse dovrebbe esercitare in forma associata garantendo anche i servizi di continuità assistenziale e prestando le cure di primo soccorso; per continuare con i diversi ambulatori di medicine specialistiche ed i consultori; per finire con i *Servizi sociali*, che pure qui dovrebbero trovare collocazione al fine di favorire il più possibile l'integrazione sociosanitaria.

Un'evoluzione recente delle Case della Salute è rappresentata dalla proposta di una loro trasformazione in *Case della Comunità*, veri e propri centri di aggregazione comunitaria partecipati dalla popolazione locale in un'ottica di welfare comunitario<sup>16</sup>. L'aspetto più interessante di tale proposta è costituito dal tentativo di superare definitivamente la logica autoreferenziale di una sanità ancora ospedalecentrica, per altro impoverito di operatori e risorse in seguito al definanziamento dell'ultimo decennio, attraverso l'apertura alla comunità operante sul territorio mediante le sue reti sociali formali (associazionismo di cittadinanza, costituito da gruppi di auto-mutuo aiuto, associazioni di volontariato e organizzazioni di advocacy) e informali (famiglie, reti di vicinato) con un ruolo non di mera supplenza, ma di coprotagonista delle scelte di salute per quel territorio e quella comunità per costruire progetti di salute condivisi, con una attenzione particolare per i soggetti più fragili. Ciò dovrebbe consentire di sostanziare realmente quel *lavoro di rete* (Folgheraiter, 2000) tra servizi sanitari, sociali e attori sociali informali spesso decantato ma scarsamente praticato, fondato su di una effettiva interdipendenza tra gli attori e su di una identità comunitaria condivisa (Lipsitz, 2012).

È dunque un modello di “*salute di comunità e dalla comunità*” quello che emerge dalla proposta di Case della Comunità e che si inserisce perfettamente nella logica di un potenziamento e di una ristrutturazione complessiva dell'*assistenza integrata sociosanitaria territoriale*, reso ancor più urgente dalla drammatica lezione dell'emergenza pandemica. Per attuare il quale, come abbiamo visto, basterebbe dare effettiva attuazione agli strumenti già previsti dalla normativa e tutti centrati su di un ruolo forte del Distretto, ma che in virtù della configurazione vigente del SSN hanno trovato per lo più scarsa e talvolta distorta modalità di attuazione a livello regionale. Ciò rende la proposta di un *Piano nazionale per l'assistenza sociosanitaria territoriale* (PNT) avanzata da un folto gruppo di associazioni della società civile e di

---

<sup>16</sup> <http://www.casadellacarita.org/prima-la-comunita-appello>.

organizzazioni sindacali<sup>17</sup> quanto mai pregnante quale leva per una riorganizzazione efficace dell'assistenza territoriale azionata a livello centrale da un Ministero della Salute (in collaborazione con l'AGE.NA.S.) in grado di esercitare fino in fondo la funzione di orientamento e coordinamento inter-regionale che gli è normativamente riconosciuta.

Se per la riorganizzazione dell'assistenza primaria territoriale dovrebbe bastare un opportuno esercizio delle funzioni ministeriali, più complesso appare il compito di riorganizzazione dell'ospedale sulla base del *modello per intensità di cura e complessità assistenziale*. Si tratta infatti di un modello volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie a livello di assistenza sanitaria e terziaria che ha trovato attuazione in via sperimentale solo in alcune regioni italiane (Emilia-Romagna<sup>18</sup>, Toscana<sup>19</sup>, Lombardia e Liguria). Esso rimette in discussione quegli assetti organizzativi e professionali consolidati che oltre un secolo di storia ospedaliera moderna sembravano aver reso ormai intoccabili (Guarinoni *et al.*, 2014). Il concetto di “intensità di cura” è basato sul concetto di *Progressive Patient Care* (PPC – *Cure progressive*), sviluppato a partire dalla fine degli anni '50 (Haldeman, 1959; Raven, 1962), che fonda l'organizzazione di strutture, servizi e personale sulla base delle necessità cliniche (grado di malattia) e della conseguente dipendenza assistenziale del paziente (Abdellah, Strachan, 1959). Più di recente il concetto di PPC è stato ridefinito come «un sistema di organizzazione delle cure dei pazienti nel quale i pazienti sono raggruppati in unità secondo i propri bisogni, come determinato dal loro livello di malattia» (Ridley, 1998, p.655). Ciò spiega perché anche il concetto di “qualità delle cure” non è più definito in termini di volumi di prestazioni erogate, ma si lega ai concetti di tempestività e appropriatezza, in modo da rispondere al bisogno da parte del paziente di ricevere le cure necessarie rispetto ai propri bisogni nel momento e nei modi più adeguati al caso (Niccolai e Nuti, 1998). Il che rende obsoleto il sistema tariffario di pagamento delle prestazioni basato sui Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD), corrispondenti ai *Diagnosis Related Groups* (DRG) entrati in vigore in Italia dal 1° gennaio 1995.

Ma sono anche ben altri e ben più profondi cambiamenti richiesti: la nuova organizzazione dell'ospedale presuppone un ripensamento della presa in carico del paziente, che deve essere personalizzata, univoca e condivisa attraverso tutti i livelli di cura. Ciò comporta il passaggio dal principio di

---

<sup>17</sup> <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2020/10/APPELLO-FONDI-UE-SOCIOSAN-TERRITORIO-def-006.pdf>.

<sup>18</sup> <https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura>.

<sup>19</sup> [https://www.ars.toscana.it/images/publicazioni/Collana\\_ARS/2020/Documento\\_ARS\\_106.pdf](https://www.ars.toscana.it/images/publicazioni/Collana_ARS/2020/Documento_ARS_106.pdf).

*hosting*, secondo il quale al centro dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria si colloca l'idea di curare la malattia, al principio di *case management*, per cui l'idea centrale diventa farsi carico del malato. Il *case management* rappresenta un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione e sostegno delle scelte e dei servizi fondato sui bisogni sanitari generali dell'individuo e della sua famiglia, al fine di fornire output di qualità, mantenendo un buon rapporto costo-efficacia. In genere il ruolo di *case manager* viene affidato al professionista (medico, infermiere o assistente sociale), che ha la prevalenza professionale rispetto al gruppo interprofessionale che si occupa del caso. Tutto ciò comporta inevitabilmente la necessità di istituire modelli di lavoro *équipe interdisciplinari e interprofessionali* e di definire linee guida, protocolli e strumenti assistenziali condivisi quali la *cartella clinica integrata* unica per tutti i professionisti e informatizzata; e, soprattutto, di *percorsi clinici integrati* che, se costruiti tramite l'interazione tra competenze professionali diverse e con il coinvolgimento degli stessi pazienti e delle loro famiglie, consentano di garantire la centralità del paziente e la sua efficace, efficiente ed appropriata presa in carico<sup>20</sup>. Il problema maggiore dei programmi di attuazione del *case management* è spesso la mancanza di continuità delle cure tra ospedale e territorio, specialmente quando si tratta di malati cronici e pazienti anziani. Questa difficoltà nel garantire la continuità nasce dalla problematicità della presa in carico dei pazienti nel territorio, che può diventare insormontabile laddove non esista già una rete integrata consolidata con i servizi del Distretto a cominciare dal PUA. Essendo i PDTA per lo più sviluppati per il trattamento di patologie e problemi di salute cronici, il Distretto, in quanto committente dei servizi sociosanitari, è chiamato ad assumere un ruolo centrale e di regia nella costruzione, nel mantenimento e nella valutazione dei percorsi e degli esiti correlati all'applicazioni di questi strumenti. E qui si chiude il cerchio e si ritorna al problema dell'organizzazione dell'assistenza primaria territoriale, che se opportunamente strutturata su base distrettuale, come abbiamo visto, può garantire il funzionamento della rete in

---

<sup>20</sup> Inizialmente pensati come uno strumento per la riduzione della variabilità nella pratica clinica e negli *outcomes* all'interno dei servizi clinico-assistenziali in un'ottica di unitarietà dei percorsi di fruizione dei servizi, tali percorsi clinici integrati sono stati variamente denominati come *integrated care pathway, clinical pathway, care map*. Oggi essi sono divenuti una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica. Generalmente si tende a distinguere tra percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) ospedalieri, territoriali, e percorsi integrati di cura (PIC = PDTA sia ospedalieri che territoriali).

modo da assicurare la continuità delle cure ed un'opportuna integrazione socio-sanitaria.

## Bibliografia di riferimento

- Abdellah F.G., Strachan E.J. (1959), *Progressive patient care*, «The American Journal of Nursing», 59, 5, pp. 649-655.
- AIE (Associazione Italiana di Epidemiologia) (2020), *Rapporto sulla ricognizione rapida sull'attività nel mese di aprile 2020 dei Dipartimenti di Prevenzione in risposta alla pandemia di Covid-19*. Al sito [https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/07/report\\_AIEperCovid\\_28.07.pdf](https://www.epidemiologia.it/wp-content/uploads/2020/07/report_AIEperCovid_28.07.pdf).
- Antonovsky A. (1996), *A salutogenic model as a theory to guide health promotion*, «Health Promotion International», 11, 1, pp. 11-18.
- Ascoli U., Ranci C. (a cura di) (2003), *Il welfare mix in Europa*, Carocci, Roma.
- Ascoli U., Sgritta G. (2020), *Logoramento dei legami sociali, sistemi di welfare e solidarietà di base*, «La Rivista delle Politiche Sociali / Italian Journal of Social Policy», 2, pp. 19-42.
- Auffray C., Charron D., Hood L. (2010), *Predictive, preventive, personalized and participatory medicine: back to the future* «Genome Medicine», 2, 8, 57. Al sito <https://genomemedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/gm178>
- Barr V.J. et al. (2003) *The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and Chronic Care Model*, «Hospital Quarterly», 7, 1, pp. 73-82.
- Bellentani D., Damiani G., Ronconi A., Catania S., Bugliari L.A. (2011), «Report dell'indagine», in *La Rete dei Distretti Sanitari in Italia*, Quaderno di Monitor n° 8.
- Brusaferro S., Del Giudice P., Lesa L., Menegazzi G., Moro A. (2015), *I servizi sanitari nel contesto EU: l'importanza della committenza*, «Sistema Salute», 59.
- Catananti C. (2000), «Nascita del evoluzione dell'Ospedale: dall'ospitalità alla organizzazione scientifica», in Fondazione Smith Kline, *Rapporto Sanità 2000*, il Mulino, Bologna.
- CERGAS-Bocconi (2019), *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Università Bocconi-Egea, Milano.
- Charon R. (2001), *Medicine Narrative: form, function, and ethics*, «Annals of Internal Medicine», 1334, 1, pp. 83-87.
- Costa G., Faggiano F. (a cura di) (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Costa G. et al. (a cura di) (2014), *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli, Milano.
- Costa G., Cislighi C., Caranci N. (2009), *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e misura*, «Salute e Società», Anno VIII, n. 1.
- Ferrera M. (2018), *Si può costruire una Unione sociale europea?*, «Quaderni Costituzionali», 3, pp. 567-590.
- Folgheraiter F. (2000), *L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona*, Erickson, Trento.

- Giarelli G. (2017), *1978-2018: quarant'anni dopo. Il SSN tra definanziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione*, «Autonomie locali e servizi sociali», XL, 3, pp. 455-482.
- Giarelli G. et al. (a cura di) (2005), *Storie di cura: medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, FrancoAngeli, Milano.
- Giarelli G., Nigris D., Spina E. (2012), *La sfida dell'auto-mutuo aiuto. Associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario*, Carocci, Roma.
- Giarelli G., Lombi L., Cervia S. (2020), "Associazionismo di cittadinanza e coproduzione dei percorsi di cura", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli M. (a cura di), *Sociologia della salute e della malattia*, il Mulino, Bologna, pp. 199-222.
- GIMBE (2019), *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Fondazione GIMBE, Bologna ([www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)).
- GIMBE (2020), *Report Osservatorio GIMBE n. 2/2020. La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*, Fondazione GIMBE, Bologna Al sito [www.gimbe.org/mobilita2018](http://www.gimbe.org/mobilita2018).
- Guarironi M.G., Motta P.C., Petrucci C., Lancia L. (2014), *Progressive Patient Care e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: Revisione narrativa della letteratura*, «Professioni Infermieristiche», 66, 4, pp. 205-221.
- Haldeman J.C. (1959), *Progressive patient care: a challenge to hospitals and health agencies*, «Public Health Reports», 74, 5, pp. 405-408.
- ISTAT (2015), *Rapporto 2015*, Istituto Centrale di Statistica, Roma.
- ISTAT (2019), *La salute nelle regioni italiane. Bilancio di un decennio (2005-2015)*. Al sito <https://www.istat.it/it/files/2019/09/La-salute-nelle-regioni-italiane.pdf>
- Lipsitz L.A. (2012), *Understanding Health Care as a Complex System. The Foundation for Unintended Consequences*, «Journal of the American Medical Association», 308, 3, pp. 243-244.
- Ministero della Salute (2017), *L'Italia per l'equità nella salute*. Documento tecnico, Eurolit, Roma.
- Nicolai F., Nuti S. (a cura di) (2012), *Intensità di cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale*, Edizioni ETS, Pisa.
- Olshansky S.F., Ault A.B. (1986), *The fourth stage of the epidemiological transition: The age of delayed degenerative diseases*, «The Milbank Quarterly», 64, pp. 355-391.
- Ostrom E. (1990), *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge University Press, Cambridge-New York.
- Pristipino C. (2013), *Sistemi viventi, medicina basata sulla complessità e cure personalizzate*, «Riflessioni Sistemiche», 9, pp. 139-152.
- Raven R.W. (1962), *Progressive patient care*, «British Medical Journal», 1, 5270, pp. 43-44.
- Ridley S.A. (1998), *Intermediate care, possibilities, requirements and solutions*, «Anaesthesia», 53, 7, pp. 654-664.
- Rodger J.J. (2000), *From a Welfare State to a Welfare Society: The Changing Context of Social Policy in a Postmodern Era*, Palgrave, London.
- Rodotà S. (2012), *Il valore dei beni comuni*, «La Repubblica», 5 gennaio, p. 26.
- Rodotà S. (2013), *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari.
- Ronchetti L. (2020), *Differenziazione e diseguaglianze: il regionalismo asimmetrico nella Repubblica una e indivisibile*, «Istituzioni del federalismo», 1.

- Seppilli T. (2010), *Salute e sanità come beni comuni. Per un nuovo sistema sanitario*, «ESPS» 33, 4, pp. 369-381.
- Spandonaro F., d'Angela D. (2017), *Una misura di performance dei SSR*, V edizione, CREA Sanità, Roma.
- Terraneo M. (2018), *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, Milano.
- Vicarelli G. (2016), "Da malato a cittadino: un percorso sociologico", in Vicarelli G. (a cura di), *Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere*, il Mulino, Bologna, pp. 9-42.
- Vicarelli G., Spina E. (2020), *Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, «Politiche Sociali/ Social Policy», 1, pp. 77-102.
- WHO (1948), *Constitution*, World Health Organization, Geneva.
- Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R. (1995), *Filosofia della medicina*, Cortina, Milano (ed. orig. 1986).



## *Notizie sugli autori*

*Marco Arlotti* è ricercatore in Sociologia Economica presso il Dipartimento di Architettura e Studi Urbani (DAStU) del Politecnico di Milano. Si occupa di politiche di welfare, con particolare attenzione alla dimensione territoriale e multilivello delle politiche.

*Carmine Clemente* è professore associato di Sociologia presso il Dipartimento FOR.PSI.COM dell'Università di Bari, ove è docente di Sociologia generale e Sociologia della salute. È autore di numerose pubblicazioni su temi classici della sociologia generale e della sociologia della salute.

*Anna Rosa Favretto* è professore ordinario di Sociologia presso l'Università del Piemonte Orientale. Tra i suoi campi di studio figurano i diritti dei minori, la salute infantile, l'umanizzazione delle cure.

*Angela Genova* è ricercatrice di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Economia Società Politica dell'Università degli Studi di Urbino dove insegna Politiche Sociali e Politiche per la Salute.

*Marco Ingrosso* professore ordinario di Sociologia Generale presso l'Università di Ferrara fino al 31/10/2018, è stato nominato "Eminente Studioso" e continua l'insegnamento di Sociologia della Salute.

*Simone Lombardini* è dottorando di ricerca in Economia presso il dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Genova.

*Linda Lombi*, dottore di ricerca in sociologia, è ricercatrice presso l'Università Cattolica di Milano. Tra i suoi interessi di ricerca trovano menzione: la promozione della salute, la salute digitale, la medicina partecipativa, il patient engagement, le politiche e le strategie di intervento nel campo delle sostanze psicotrope.

*Michele Marzulli* è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dove insegna Politica sociale e organizzazione dei servizi e Politiche per la salute e l'integrazione socio-sanitaria. Ricopre anche il ruolo di coordinatore della redazione del sito <https://www.welfareresponsabile.it/>

*Veronica Moretti* è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna, dove collabora al progetto europeo "ONCORELIEF. A digital guardian angel enhancing cancer patient's wellbeing and health status improvement following treatment" (*Horizon 2020*).

*Monica Murero*, professore all'Università Federico II in Comunicazione e Nuove Tecnologie, è Research Fellow in Intelligenza Artificiale e salute al Distributed Artificial Intelligence Lab, Technische Universität di Berlino. Si occupa dell'impatto multidisciplinare delle nuove tecnologie sulla società e la comunicazione da circa 30 anni.

*Stefano Neri* è professore associato di Sociologia Economica presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano, dove insegna Ricerca Sociale e Sociologia delle Professioni e Sociologia dell'Organizzazione.

*Giorgio Osti* è professore associato di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata dell'Università di Padova. Si occupa di crisi ambientali, transizione energetica e aree fragili.

*Valeria Quaglia* è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente la Sociologia della Salute e i Gender Studies.

*Arianna Radin* insegna sociologia della salute presso la Scuola di Medicina dell'Università di Torino e si occupa di Salute e Professioni Sanitarie. Attualmente collabora con la Consulta per le Persone in Difficoltà di Torino.

*Davide Servetti* è dottore di ricerca in Diritto costituzionale. Svolge attività didattica e di ricerca presso l'Università del Piemonte Orientale e l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Tra i suoi campi di studio figurano la cooperazione tra Stato e Regioni, il diritto alla salute e l'organizzazione sanitaria, con particolare riferimento ai servizi sociosanitari.

*Elena Spina* è ricercatrice di Sociologia Economica presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche dove insegna Sociologia Economica e Welfare e politiche sociali comparate.

*Marco Terraneo* è ricercatore di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca dove insegna Sociologia della salute.

*Mara Tognetti* è professore ordinario di Sociologia presso l'Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Scienze Politiche, dove insegna Sociologia della salute e Politiche Sociali.

# Vi aspettiamo su:

**[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)**

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE  
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,  
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:  
teorie e tecniche

Didattica, scienze  
della formazione

Economia,  
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,  
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,  
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,  
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche  
e servizi sociali



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835113874

Questo   
LIBRO

 ti è piaciuto?

---

**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/latuaopinione.asp](http://www.francoangeli.it/latuaopinione.asp)



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835113874

Questo Libro Bianco è il frutto del lavoro collettivo di una *task force* (coordinata da Giovanna Vicarelli) composta da una ventina di sociologi della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS). Con tale lavoro si è inteso, da un lato, indagare scientificamente sulla configurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di fronte alla pandemia da Covid-19 e, dall'altro, indicare alcune linee di azione per aumentarne la resilienza e la capacità di risposta ai bisogni emergenti di salute.

Nella prima parte del lavoro si considera, con una prospettiva comparata, in che modo i diversi sistemi sanitari europei hanno saputo o meno rispondere all'arrivo della pandemia, per passare, quindi, all'analisi dei punti di forza e di debolezza del regionalismo sanitario in Italia. Successivamente, si affronta il tema delle disuguaglianze sociali di salute che la pandemia ha messo a nudo quale conseguenza, anche, dei più recenti processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza primaria. In tal senso, una attenzione a parte viene riservata al caso lombardo, considerato per molti aspetti emblematico della crisi sanitaria in corso. Il ruolo svolto dai medici e dalle professioni sanitarie, nonché le politiche regionali relative al volontariato sociosanitario, costituiscono pure temi cruciali dell'analisi.

Nella seconda parte del volume viene delineata una proposta complessiva basata su cinque linee strategiche (e conseguenti direttive di azione) che occorrerebbe perseguire per un rilancio complessivo del SSN in termini di equità, uguaglianza e personalizzazione delle cure, integrazione territoriale, regionalismo responsabile e solidale, centralità del cittadino singolo e associato. Tali obiettivi trovano radicamento in quattro principi-guida: l'universalismo, la dimensione comunitaria, la promozione della salute e l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni in un'ottica di rete.

*Giovanna Vicarelli* è professore ordinario di Sociologia economica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche dell'Università Politecnica delle Marche. Dirige il Centro di ricerca e di servizi sulla integrazione sociosanitaria (CRISS) della stessa Università.

*Guido Giarelli* è professore ordinario di Sociologia generale presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro; è attualmente coordinatore della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'AIS e membro del Board del RN 16 – Sociology of Health and Illness dell'European Sociological Association.