



La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro¹

Emmanuele Pavolini

A ormai alcuni mesi dal suo drammatico avvio, l'Italia sta attraversando una crisi sanitaria senza precedenti recenti. Quanto sta avvenendo serve per riflettere non solo su alcuni elementi di fondo del nostro Sistema sanitario Nazionale (Ssn) ma anche della maniera in cui si struttura in Italia il discorso sulle politiche sanitarie e su quello che auspicabilmente sarà necessario fare in futuro.

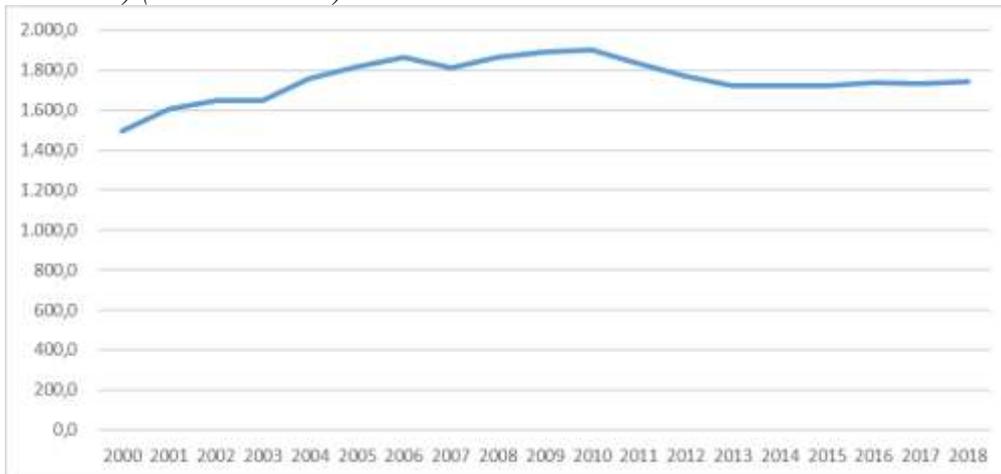
Partiamo dagli aspetti positivi, che risaltano anche più ora alla luce della crisi sanitaria in atto: il nostro Ssn ha assicurato e continua ad assicurare una buona qualità della cura. Questi mesi hanno mostrato un sistema che ha assicurato cure e in cui medici, infermieri e il personale sanitario più in generale hanno mostrato tanta professionalità e abnegazione, pagando anche un prezzo molto alto in termini di salute. Il tempo ci dirà se l'organizzazione (regionale) alle spalle dei professionisti sanitari è stata sempre e ovunque all'altezza o invece se invece ci sono state mancanze più o meno gravi. Rispetto a eventuali mancanze non appare, comunque, questo il momento più opportuno per trarre conclusioni, che sarebbero oltremodo affrettate e approssimative da un punto di vista scientifico.

Sicuramente, però, possiamo notare come la pandemia abbia messo in evidenza in maniera estremamente chiara alcuni elementi critici del nostro sistema sanitario, che adesso hanno rischiato di diventare esplosivi e potrebbero diventarlo anche più in un futuro prossimo se dovesse verificarsi un nuovo acutizzarsi di questa pandemia o se ne dovesse presentare una nuova: la limitatezza delle risorse economiche messe a disposizione del Ssn; l'eccessivo carico posto sulle spalle degli operatori della sanità (dai medici agli infermieri e alle altre figure professionali) in termini di condizioni di lavoro; le disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

Rispetto alle polemiche di questi mesi, con vari fonti che parlano di tagli draconiani alla sanità italiana degli ultimi anni, occorre essere più precisi. La figura 1 mette in luce quanto è successo alla spesa pubblica sanitaria in Italia nel medio periodo. È utile impiegare come indicatore la spesa pro-capite a prezzi costanti per capire se un aumento della spesa nel corso del tempo sia dovuto ad un effettivo incremento delle risorse immesse nel Ssn o dipenda invece dall'inflazione (la spesa aumenta solo nominalmente ma non realmente) o da un aumento della popolazione nel suo complesso (la spesa aumenta perché vi sono più persone). Se prendiamo l'ultimo ventennio (dal 2000 al 2018), notiamo che la spesa è aumentata e non diminuita. Tuttavia, questo aumento si è verificato sostanzialmente nel primo decennio del XXI secolo, mentre nell'ultimo decennio vi sono stati prima tagli e poi stabilità nella spesa, che però non è tornata ai livelli pre-crisi.

¹ L'articolo è una rielaborazione della versione pubblicata nel sito web Ocis, disponibile all'indirizzo internet: https://osservatoriocoionesociale.eu/osservatorio/la-sanita-italiana-di-fronte-alla-crisi-del-coronavirus/?utm_source=OCIS+Mailing+List&utm_campaign=21439d6f62-EMAIL_CAMPAIGN_2019_09_17_08_40_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_bc238b8206-21439d6f62-28212015.

Figura 1 - *Andamento nel tempo della spesa pro-capite pubblica in sanità in Italia (spesa espressa in euro e a prezzi costanti 2010) (anni 2000-2018)*



Fonte: elaborazione da Oecd Health Statistics online database (2020) (<https://stats.oecd.org>).

Inoltre, dato anche più preoccupante, l'Italia nell'ultimo ventennio ha complessivamente perso terreno rispetto a buona parte del resto dell'Europa occidentale: pur avendo aumentato la spesa, lo ha fatto meno di tanti altri paesi. L'Italia è un paese che ormai da due decenni spende (molto) meno per la salute di ciascuno di noi rispetto all'Europa occidentale (tabella 1). Già nel 2000 la spesa pro-capite pubblica in sanità in Italia era di circa il 9% più basso della media dei paesi dell'Ue-15. In altri termini, nel 2000 per ogni 100 euro spesi in sanità pubblica per un cittadino dell'Europa occidentale, l'Italia ne spendeva 91. La situazione è precipitata negli anni della crisi. Nel 2018 il nostro paese spendeva oltre un quarto di meno per ciascuno di noi rispetto alla media dell'Ue-15.

Tabella 1 - *Le risorse economiche per la sanità pubblica in Italia in ottica comparata nel tempo (spesa pubblica italiana pro-capite in sanità espressa in percentuale di quella media dell'UE-15 a parità di potere di acquisto)*

2000	2005	2010	2018
91%	90%	83%	73%

Fonte: elaborazione da Oecd Health Statistics online database (2019) (<https://stats.oecd.org>).

Quindi, l'Italia nel medio periodo (venti anni) non ha tagliato la spesa: oggi si spende di più pro-capite di quanto si facesse nel 2000. Tuttavia, ha fatto tagli nell'ultimo decennio e soprattutto spende per ognuno di noi molto meno di quanto fanno mediamente gli altri paesi dell'Europa occidentale. La domanda da porsi è, quindi, perché gli altri paesi europei spendono più di noi? Siamo efficienti noi e gli altri spreconi?

Di certo, l'Italia ha fatto passi avanti nell'efficienza del sistema sanitario, al di là dei lamenti che regolarmente fino a pochi mesi fa si alzavano sul tema e chiedevano (chiederanno?) ulteriori tagli, efficienza e *spending review* contro gli «sprechi». Tuttavia, non va dimenticato che la spesa pro-capite altrove è cresciuta più che da noi per tenere dietro a due tendenze non controllabili semplicemente con migliore efficienza nell'uso delle risorse: l'invecchiamento della popolazione (buona parte della spesa sanitaria si concentra sulle fasce più adulte e anziane della popolazione, anche in tempi di non coronavirus, e quindi se aumentano gli anziani aumenta il bisogno e... dovrebbe aumentare la spesa); la tecnologia (parte della spesa è guidata da innovazioni nei macchinari per diagnosi e cura, così come da nuovi farmaci, che migliorano la qualità della cura e, spesso, della vita). Pertanto, la nostra efficienza di questi anni (ripeto, con buona pace di alcuni che hanno discusso fino a ieri di *spending review* in sanità...) è già encomiabile



ma non è in grado di coprire i buchi che un limitato aumento della spesa nel medio periodo – e addirittura tagli nell’ultimo decennio – ha creato.

A pagare le spese in questi ultimi decenni (soprattutto l’ultimo) di un sistema che regge sotto il profilo della performance, ma con risorse finanziarie calanti (e ormai scarse), sono stati i lavoratori e alcuni gruppi sociali. Per quanto riguarda i lavoratori, nell’ultimo decennio il blocco delle assunzioni, che ha riguardato anche la sanità, ha accentuato due caratteri già tipici del Ssn: la scarsa presenza relativa di infermieri e una forza lavoro di medici che va invecchiando e calando numericamente. La tabella 2 ci mostra in maniera impietosa lo stato delle risorse umane nella sanità italiana in ottica comparata. Rispetto agli altri paesi considerati nella tabella, l’Italia ha molto meno personale in campo sanitario e sociale. Inoltre, specificatamente in campo sanitario ha relativamente pochi infermieri e una forza lavoro di medici, abbastanza in linea con quella di altri paesi ma molto più «invecchiata»: oltre la metà dei medici italiani ha più di 55 anni.

Tabella 2 - La dotazione di risorse umane nella sanità italiana in ottica comparata (anno 2016)

	N° di professionisti in sanità e servizi sociali ogni 1000 abitanti	N° di infermieri ogni 1000 abitanti	N° di medici ogni 1000 abitanti	% di medici con almeno 55 anni su totale dei medici
Francia	58,5	10,2	3,1	45,6
Germania	69,7	12,8	4,2	45,7
Italia	31,3	5,6	3,9	53,1
Svezia	85,3	10,9	4,1	43,7
Regno Unito	59,2	7,9	2,8	25,7

Fonte: elaborazione da Oecd Health Statistics online database (2020) (<https://stats.oecd.org>).

Inoltre, la spesa sanitaria pubblica pro-capite più bassa che in molti altri paesi ha comportato un maggiore esborso di risorse da parte dei cittadini. Chiaramente, non tutti possono permettersi di pagare di tasca propria prestazioni sanitarie e, quindi, accanto a una incidenza della spesa privata in sanità più alta che altrove in Europa occidentale, vi è una fetta di popolazione comparativamente più consistente, concentrata fra quella a redditi bassi e medio-bassi, che afferma di dover rinunciare ad alcune cure sanitarie per motivi di costo, distanza o liste di attesa. Infine, specificità tutta Italia, oltre che per classe sociale, i problemi di accesso e di qualità delle cure assumono un grado e una intensità differenti a seconda del territorio, con le regioni del Sud Italia in genere nettamente più svantaggiate rispetto a quelle del Centro-Nord.

Due punti importanti vanno, infine, sottolineati rispetto alle critiche che vengono indirizzate a come è stato gestito il Ssn in questi ultimi decenni. Primo, realisticamente fino a pochi mesi fa pochissimi (per non dire quasi nessuno) di coloro che si occupavano di sanità pensavano che la sfida al Ssn sarebbe arrivata da una epidemia (tanto meno da una pandemia). Il pensiero che si è affermato (condiviso anche dal sottoscritto) era invece quello di dover rafforzare il sistema di intervento non tanto rispetto alle acuzie (su cui molti passi avanti si sono fatti in questi decenni) quanto verso la cura delle cronicità. Negli ultimi decenni era questa l’area di bisogno socio-sanitario largamente in espansione. Quindi, la logica che ha guidato la trasformazione di molti sistemi sanitari occidentali è stata: meno posti letto per acuti in ospedale e più attività di ambulatoriale/specialistica sul territorio, più strutture socio-sanitarie residenziali (ad esempio, Rsa) e più interventi domiciliari. L’Italia da questo punto di vista non è stata totalmente in grado di effettuare la transizione ed è rimasta in mezzo al guado. Si sono chiusi reparti ospedalieri e in una parte del paese (soprattutto il Centro-Sud, ma anche in alcune aree del Nord, come

la Lombardia, dove si è scelto un modello di cura diverso) non si sono rafforzate adeguatamente le reti di intervento territoriali. Nel momento in cui è arrivato un fenomeno drammatico e inaspettato per quasi tutti gli esperti in sanità come il coronavirus, il nostro paese si è ritrovato con meno posti letto in ospedale, ma senza neanche una adeguata dotazione di servizi socio-sanitari residenziali e territoriali, e con un numero decrescente di medici ed infermieri, che già da un decennio stavano (sup-)portando sulle proprie spalle i tagli alla sanità. La tabella 3 serve di nuovo per contestualizzare il caso italiano in ottica comparata. Il numero di posti letto ospedalieri per acuti in Italia è relativamente contenuto ma non è molto differente da quello che avviene in molti altri paesi. Semmai, da questo punto di vista la Germania (un paese di cui si discute molto in questi giorni sui mass media) è un caso «anomalo» rispetto a tutti gli altri. Il problema è che gli altri paesi hanno investito molto più che in Italia in tutto ciò che non è acuto ospedaliero.

Tabella 3 - Dotazione e caratteristiche dei posti letto nel sistema sanitario e socio-sanitario italiano (anno 2016)

	N° di posti letto per acuti negli ospedali ogni 100 mila abitanti	N° di posti letto per riabilitazione e lungodegenze negli ospedali ogni 100 mila abitanti	% anziani (non autosufficienti) ospitati in strutture residenziali extra-ospedaliere
Francia	309	205	4,0
Germania	602	199	3,8
Italia	262	56	2,0
Svezia	204	n.d.	6,0
Regno Unito	211	n.d.	4,2

Fonte: elaborazioni da Oecd Health Statistics online database (2020) (<https://stats.oecd.org>) e da Eurostat online database.

Quest'ultima riflessione ci porta alle conclusioni del nostro ragionamento. Nell'ultimo ventennio, e in particolare nell'ultimo decennio, indipendentemente da chi abbia governato a livello nazionale, non si è avuto un serio investimento in sanità. Anzi. Alcuni segnali in positivo sono giunti con l'ultima legge di Stabilità dello scorso dicembre e dagli interventi più recenti promossi dall'attuale Ministro della salute Speranza. Complessivamente sono oltre 8,8 miliardi aggiuntivi reperiti dal Governo e investiti in sanità: circa 4,2 per il fondo sanitario nazionale, l'edilizia ospedaliera e l'abolizione del superticket sono stati stanziati nella manovra 2020. Altri 1,4 miliardi sono stati previsti con il decreto Cura Italia e, infine, altri 3,2 miliardi circa con il Decreto Rilancio per sostenere medicina territoriale, ospedali, personale e incremento delle specializzazioni mediche.

I fondi aggiuntivi programmati in un lasso di tempo relativamente breve e recente sono un buon segno, che, però, non deve nascondere problemi di fondo del Ssn e delle modalità con cui si è discusso in questi anni di sanità pubblica in Italia.

Se associa il livello (scarso) di risorse economiche investite nella sanità pubblica italiana nell'ultimo ventennio ai buoni risultati in termini di cura e di salute ottenuti, possiamo parlare di un «quasi miracolo»: riuscire ad avere una buona sanità pubblica con limitate risorse rispetto a molti altri paesi occidentali. Le possibilità che il «quasi miracolo»: continui si stanno, però, rarefacendo, dato che si sono basate sul super-sfruttamento della professionalità, etica e disponibilità di chi opera in sanità e sulla capacità di spesa privata di molte famiglie. Il crescente disinvestimento nelle risorse umane ha iniziato a minare la resilienza del personale in sanità, crescentemente oberato di incarichi. Tutto ciò avveniva prima dell'emergenza Coronavirus...

La ricetta quasi banale è: *la sanità pubblica italiana ha semplicemente bisogno di più risorse finanziarie*. Il Ssn è migliorabile, ma ha già raggiunto un buon, se non ottimo livello, di *performance* gestionale e professionale. Non sono necessari chissà quali interventi di ingegneria istituzionale o manageriale per mantenere il Ssn a livelli adeguati: bastano più soldi per investimenti in assunzioni e per il personale (a partire da più



borse di studio per gli specializzandi nelle discipline mediche), oltre che in manutenzione/ampliamento di servizi e strutture. Indubbiamente la capacità di azione del Ssn è migliore al Centro-Nord Italia rispetto al Sud, dove ancora c'è molto da fare in termini di efficientamento e appropriatezza degli interventi pubblici. Tuttavia, il tema della spesa resta centrale ed è opportuno domandarsi *come mai la politica in questi anni ha prestato attenzione a tanti temi importanti, relativi alla protezione sociale delle persone, aumentando considerevolmente la spesa pubblica in un periodo di austerità* (dalle pensioni con «Quota 100» al Reddito di Cittadinanza nel campo del contrasto alla povertà per fare i due esempi più recenti) *ma ha trascurato la sanità (e si dovrebbe aggiungere, il sistema educativo e le politiche per la cura di bambini e anziani)*. Sicuramente una parte della risposta va cercata nella drammaticità della situazione italiana dell'ultimo decennio, che ha spinto l'attenzione della politica verso alcune direzioni piuttosto che altre (ad esempio, dal 2007 al 2018 i poveri relativi sono passati da circa 6 milioni a 9 milioni).

Purtroppo, in questo dibattito la sanità è rimasta indietro nell'agenda dei vari governi rispetto a ciò che andava fatto. Tuttavia, dato che viviamo in democrazia, occorre evitare di dare la colpa solo alla politica. In democrazia funziona un principio di competizione/collaborazione che si basa sulla domanda di interventi (politiche) da parte di cittadini, imprese e società civile e sull'offerta di interventi da parte di partiti e governi. Se la sanità non ha acquisito un ruolo importante nell'agenda dei governi dell'ultimo decennio (in realtà sarebbe più appropriato riferirsi all'ultimo ventennio) è stato sicuramente per miopia della politica che, anche per tante ragioni comprensibili, si è data altre priorità, ma anche per scarsa attenzione di cittadini, imprese e società civile, anche essi (noi) abbastanza miopi da non mettere la sanità ai primi posti delle loro richieste ai partiti. La pandemia in atto ci ricorda drammaticamente come il nostro paese non si possa permettere di continuare la tendenza dell'ultimo ventennio. Tutto ciò richiede sicuramente una classe politica adeguata (decenni fa, prima dell'ondata del neopopulismo approssimativo e da tastiera degli ultimi anni, avremmo scritto che abbiamo bisogno di una 'élite modernizzante', utilizzando con accezione positiva i termini di «élite» e «modernizzazione»), ma anche una società civile che si mobilita concretamente e mette il rilancio ed il sostegno alla sanità pubblica (unitamente all'istruzione e al sostegno alle attività di cura delle famiglie) al centro delle domande di tutela fatte alla politica. Se dopo la fine della crisi pandemica attuale la società civile e i cittadini non si organizzeranno e non chiederanno maggiore attenzione alla sanità, limitandosi a ringraziare gli eroi della sanità, che stanno pagando un prezzo altissimo in termini di salute, il dramma che stiamo attraversando in questo periodo non ci avrà insegnato a sufficienza quali sono le priorità a cui dobbiamo guardare come paese e su quali punti pretendere prioritariamente risposte adeguate dalla classe politica e dalle istituzioni.

In questo senso, il consistente aumento di risorse degli ultimi mesi di cui si scriveva sopra potrebbe essere ricordato non come il primo passo verso un nuovo investimento strutturale nel Ssn, bensì come un intervento temporaneo e dettato dall'emergenza. In questi mesi è difficile immaginare che vi possano essere attori sociali e politici che in un futuro non lontano tornino ad invocare l'austerità in sanità. Le recenti rilevazioni dell'Istat (si veda la pubblicazione «Reazioni dei cittadini al lockdown», pubblicata il 25 maggio 2020) indicano come in questo momento gli italiani esprimano un livello molto alto di fiducia nel Ssn, nei medici e nel resto del personale sanitario. Quindi da dove potrebbero venire possibili spinte per tagli? Si suggerisce di prestare attenzioni a due potenziali meccanismi: la prioritizzazione di altri tipi di spesa; la ricerca di un «capro espiatorio».

Già ora ed anche più nei prossimi mesi si porrà un problema probabilmente drammatico di indebolimento socio-economico del tessuto italiano. Pandemia e lockdown stanno facendo aumentare i rischi di disoccupazione, povertà e crisi imprenditoriali. Si sta ponendo e si porrà un tema di investire molte risorse in politiche di sostegno al reddito e di sostegno alle imprese. Inoltre, molti settori di policy hanno bisogno di ingenti investimenti (si pensi alla scuola, alle politiche per le famiglie con figli o a quelle per anziani). Vi è il rischio che, passata la fase acuta della pandemia, altre emergenze occupino il centro dell'arena politica e l'attenzione rispetto alla sanità (con il suo finanziamento) cali lentamente. Del resto,



questo è quello che è sostanzialmente avvenuto negli ultimi due decenni: non vi è stata una volontà da parte di molti attori di indebolirla intenzionalmente ma questo è stato il risultato, dato che regolarmente sono state poste altre priorità davanti al Ssn (le ultime sono state il Bonus 80 euro, il Reddito di Cittadinanza e Quota 100). Quindi, se non vi sarà sufficiente attenzione, possiamo aspettarci nei prossimi mesi ed anni tante buone ragioni per giustificare di nuovo tagli o un aumento molto contenuto della spesa pubblica in sanità perché altri bisogni vengono sempre prima della salute.

Non va, inoltre, trascurato un possibile secondo meccanismo più di natura psicologica, ma strumentalizzabile da un punto di vista politico. La pandemia è stato un evento sconvolgente e drammatico, che ha colpito tutta la società italiana. Una reazione psicologica inconscia rispetto ad eventi di portata catastrofica, come il Coronavirus, può essere quella di trovare una spiegazione, per certi versi «rassicurante», del perché si sia verificato, che individua un colpevole chiaramente identificabile. Rispetto all'impotenza che genera l'idea che quello che è accaduto è stato in buona parte frutto di fatalità, in molte persone si può fare strada (di nuovo, inconsciamente) la convinzione che quanto è accaduto e sta accadendo (sofferenze, morti, paura, distruzione economica) sia «colpa» di qualcuno, che per dolo o per negligenza non ha fatto quanto doveva per impedire migliaia di morti e una crisi economica. È per certi versi «normale» una reazione psicologica spontanea di questo genere: serve in qualche maniera per cercare di tenere sotto controllo l'ansia e l'incertezza che un evento immane come la pandemia porta con sé. Il poter individuare un responsabile offre un'idea di controllo di quanto accade attorno a noi e rende più facile incanalare rabbia, paura e stress in una direzione specifica. Queste riflessioni non vogliono essere una maniera per affermare che non si debbano rintracciare e, eventualmente, sanzionare i comportamenti dolosi o colposi che possono essere stati tenuti durante questi mesi. Al contrario, sono ispirate dalla volontà di non far partire una caccia alle streghe, magari portata avanti da partiti e movimenti interessati ad approfittarsi di paure ed ansie a fini di consenso politico. L'ultimo decennio ha visto questi meccanismi e queste dinamiche frequentemente all'opera in Italia, con imprenditori politici della paura e dell'indignazione molto attivi e di successo. Vi è la possibilità che la fiducia attuale verso il Ssn e i professionisti che vi lavorano si trasformi in alcuni in critica. L'Italia viene da un decennio in cui la sanità pubblica, e chi ci lavora, è stata presa di mira da chi vi ha visto e ha denunciato corruzione dilagante, sprechi e comportamenti scorretti da parte di medici ed infermieri. Non sarebbe sorprendente se medici ed infermieri vengano di nuovo trasformati da eroi in corresponsabili di quanto è accaduto.

Se questo dovesse verificarsi, si porranno di nuovo le basi per un'austerità sanitaria, da cui il paese difficilmente potrebbe però risollevarsi nel caso in cui dovesse essere colpito da una nuova crisi. Quindi, è fondamentale che tutti coloro che ritengono necessario un investimento più adeguato per il Ssn italiano si guardino e si attivino per contenere le eventuali spinte nella direzione di tagli alla sanità provenienti dalla prioritizzazione di altri tipi di spesa e dallo sfruttamento politico della ricerca di un «capro espiatorio» per quanto avvenuto.

Articolo pubblicato il 9 giugno 2020

<https://www.ediesseonline.it/riflessioni-sullemergenza-e-oltre/>



Emmanuele Pavolini è professore ordinario in Sociologia economica presso l'Università di Macerata. I suoi interessi di ricerca sono fondamentalmente concentrati su tematiche riguardanti il funzionamento dei sistemi di welfare in ottica comparata.