

Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza CoViD-19: il rischio di una sanità diseguale

Carlo Ciardo*

THE NATIONAL HEALTH SERVICE TO THE CHALLENGE OF THE COVID-19: THE RISK OF AN UNEQUAL HEALTH

ABSTRACT: The Italian National Health Service, characterized by the principles of universality, equality and fairness, has undergone changes over the years that have involved these essential characteristics. The decrease in financial resources was the first element that touched the Italian health organization. The spread of CoViD-19 has attacked the balance of healthcare in Italy and put the equality of the entire care system at risk.

KEYWORDS: CoViD-19; pandemic emergency; unequal health; health policy; public spending

SOMMARIO: 1. Il Servizio Sanitario Nazionale e le criticità della spesa sanitaria pubblica – 1.1. I fattori che incidono sulla mutazione organizzativa e finanziaria della sanità – 2. Il diritto alla tutela della salute “condizionato” dalle risorse finanziarie ed organizzative alla luce della giurisprudenza costituzionale – 3. Le linee evolutive del SSN e le scelte legislative regionali – 4. Effetti delle politiche pubbliche sul SSN – 5. Un cambio di passo legislativo e le possibili ripercussioni derivanti dall'emergenza CoViD-19 – 6. La sanità diseguale?.

1. Il Servizio Sanitario Nazionale e le criticità della spesa sanitaria pubblica

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, caratterizzato dai principi di universalità, uguaglianza ed equità, come previsto dalla Legge istitutiva n. 833/1978¹, ha subito nel corso degli anni una erosione dei predetti pilastri anche in ragione delle sistematiche diminuzioni del finanziamento. Per di più l'equilibrio dell'intero sistema socio-assistenziale è sottoposto, oggi, ad un attacco imprevisto e di rilevantissima portata dettato dall'emergenza sanitaria dettata dal CoViD-19.

In merito all'aspetto delle risorse finanziarie (legate prevalentemente alla fiscalità generale) si evidenzia che già la crisi del 2007-2008 aveva innescato una spirale perversa in base alla quale la diminuzione degli stanziamenti economici ha determinato la necessità, da parte del legislatore, di porre

* Dottore di ricerca, Università del Salento. Mail: carlociardo@hotmail.com. Il presente lavoro è aggiornato al 17 marzo 2020.

¹ Con riferimento alla creazione del SSN in attuazione dell'art. 32 Cost. cfr. R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Diritto discipline pubblicistiche*, 1997, 250; M. D'ALBERTI, *Lezioni di Diritto amministrativo*, Torino 2012, 131-132; L. MAZZAROLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA (a cura di), *Diritto Amministrativo*, Bologna, 1998, 1019; G. CAZZOLA, *La sanità liberata*, Bologna, 1994, 71; L. MAZZAROLI, *Problemi e prospettive della riforma sanitaria*, in *Sanità pubblica*, 1981, 11; R. FERRARA, P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Torino 1999, 70; F. A. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge n.833/1978*, Milano 1979; C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, Torino 2011.

in essere misure di contenimento dei costi (ad esempio: incremento della compartecipazione alla spesa c.d. *ticket*, blocco del *turn over*, centralizzazione delle procedure di approvvigionamento).

È innegabile che i suesposti provvedimenti abbiano raggiunto, nell'immediato, gli obiettivi prefissati, tanto è vero che nel 2012 vi è stato un inizio di diminuzione della spesa sanitaria pubblica corrente, con un beneficio non secondario per i conti pubblici, ma la prospettiva di analisi sarebbe monca se non si facesse carico di scandagliare l'eventuale risvolto della medaglia.

Al fine di comprendere pienamente il quadro d'insieme è necessario evidenziare che la spesa sanitaria dipende da molteplici componenti, quali: l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento epidemiologico, il progresso scientifico e il mutamento delle asimmetrie informative tra medico e paziente. La variazione di ognuno dei suesposti fattori determina una modifica della domanda di servizi ed ha, quindi, un'incidenza della struttura stessa del Servizio Sanitario e del suo fabbisogno economico. Per questo è necessario focalizzare brevemente l'attenzione su ognuno dei suddetti aspetti.

1.1. I fattori che incidono sulla mutazione organizzativa e finanziaria della sanità

Il primo degli elementi oggetto di valutazione è quello di carattere demografico. Al riguardo è indubbio che vi sia stato un allungamento dell'aspettativa di vita della popolazione nazionale dettato dalla crescita economica e dal progresso scientifico-tecnologico. In Italia dal 1960 ad oggi l'aspettativa di vita alla nascita è aumentata di 12,8 anni per le donne e di 13,6 anni per gli uomini, attestandosi rispettivamente su una media di 85,2 e 80,8 anni. La media complessiva nazionale è di 83 anni a fronte degli 80 anni della media OECD².

Ebbene, l'aumento dell'aspettativa di vita coniugato con il rallentamento della natalità, ha prodotto un incremento della popolazione anziana, con un cascato di bisogni nuovi assistenziali ed una modificazione epidemiologica.

Quanto testè esposto in merito all'aspettativa di vita si lega strettamente con la variazione delle malattie che affliggono la popolazione e che determinano nuove richieste di assistenza nei confronti del SSN.

È innegabile, infatti, che un incremento esponenziale delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, cancro, diabete e demenze), che sono quelle maggiormente presenti nella popolazione con un'età media avanzata, ha una incidenza rilevante sia sull'assetto organizzativo del sistema socio-assistenziale, sia sul bilancio della sanità. Basti pensare che in Europa nel 2016 la cura delle sole malattie cardiovascolari è costata 192 miliardi di euro, ben più della spesa necessaria per le patologie che affliggono maggiormente la popolazione più giovane³. Da quanto esposto si evince non solo il legame tra l'invecchiamento della popolazione e la variazione epidemiologica, ma anche di come questo mutamento abbia un'incidenza sul costo dell'assistenza sanitaria.

Altro fattore che tocca l'organizzazione sanitaria ed il suo finanziamento è quello del progresso scientifico e dell'innovazione tecnologica. Invero ciò non dipende dalle scelte di ogni singolo Paese, ma dagli investimenti in ricerca e sviluppo da parte delle imprese produttrici (specie quelle farmaceutiche). Le risorse pubbliche messe a disposizione in questo campo hanno, invece, l'effetto di condizio-

² Dati OECD, 2019, www.oecd.org 17/03/2020.

³ The European House-Ambrosetti, *Meridiano Sanità – Rapporto 2018*, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com> 12/01/2020.

nare il grado di acceso alle conoscenze ed alle nuove tecnologie. In sintesi la disponibilità di circa 14.000 brevetti di dispositivi medici ogni anno, fornisce risposte a problemi sanitari e crea, d'altro canto, un nuovo bisogno percepito e, conseguentemente, una nuova domanda assistenziale che ha riflessi innegabili sulla spesa sanitaria.

Sul punto si pensi che la crescita dell'innovazione tecnologica è di molto superiore al tasso di crescita dell'economia, tanto è vero che tra il 2008 ed il 2012 mentre l'Italia faceva registrare un decremento del PIL del 2,3%, in Europa veniva registrato 1 brevetto per dispositivi medici ogni 38 minuti⁴, sicché difficilmente il SSN può essere costantemente al passo con le sollecitazioni tecnico – scientifiche che si palesano di continuo.

Ultimo tassello di questo quadro di fattori è rappresentato dalla variazione delle asimmetrie informative tra medici e pazienti dettate dalla facilità di acquisizione delle informazioni tramite i media e, soprattutto, tramite internet. Se per un verso quanto detto allarga i livelli di conoscenza dei cittadini, per altro verso la bulimia informativa (spesso incontrollata) aumenta anche il rischio di richieste inappropriate alle quali non sempre i medici sono in grado di resistere fino a giungere alla c.d. medicina difensiva, una modalità prescrittiva che cerca di salvaguardare non tanto la salute del paziente, ma il rischio di responsabilità professionale, dando luogo ad una delle maggiori voci di spesa (inappropriata) in campo diagnostico.

Ebbene, tutti i suesposti elementi (invecchiamento della popolazione, cambiamento epidemiologico, innovazione scientifico-tecnologica e maggiori aspettative dei cittadini) rappresentano fattori che mettono sotto pressione il SSN e che determinano una sempre maggiore e diversa domanda di servizi, per di più proprio in un contesto in cui le politiche economico-sanitarie sono state focalizzate su obiettivi di contenimento della spesa ed in presenza di una emergenza sanitaria di straordinarie proporzioni, per via del diffondersi del CoViD-19, che richiede nuovi importanti flussi finanziari ed impone una modificazione organizzativa dell'intero sistema assistenziale per far fronte alla domanda proveniente dalla popolazione.

2. Il diritto alla tutela della salute “condizionato” dalle risorse finanziarie ed organizzative alla luce della giurisprudenza costituzionale

L'intera tematica dell'organizzazione sanitaria, della effettività del diritto alla tutela della salute e dei limiti agli investimenti dettati dai vincoli del bilancio pubblico, deve essere letta anche alla luce della giurisprudenza costituzionale.

Il Giudice delle Leggi, in attuazione del contenuto dell'art. 32 Cost.⁵, ha statuito che il diritto alla tutela della salute, nella sua declinazione pretensiva, cioè di richiesta ed erogazione delle prestazioni assistenziali da parte del SSN, è «primario e fondamentale» e richiede «piena ed esaustiva tutela»⁶.

⁴ Dati EUCOMED 2011 in Ministero della Salute – CERGAS, *Rapporto sulla spesa rilevata dalle strutture sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici*, Roma, dicembre 2011, www.salute.gov.it 17/03/2020. Sul punto cfr. R. Tarricone, *Innovazione e competitività nei sistemi industriali regolati. Le imprese dei dispositivi medici*, Milano, 2010.

⁵ Con riferimento ai molteplici profili nei quali si articola il diritto alla salute alla stregua dell'articolata enunciazione costituzionale cfr. D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana, profili sistematici*, Milano, 2002; B. CARRAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984, 31; M. LUCIANI, *Diritto alla salute (dir.*

Il suesposto orientamento esegetico è mutato negli anni Novanta, quando si sono imposte esigenze impellenti di contenimento della spesa pubblica⁷.

In quest'ottica rientra la sentenza della Corte Costituzionale n. 455/1990 che ha segnato un cambio di passo, siccome, pur ribadendo che il diritto all'ottenimento delle prestazioni sanitarie debba essere garantito ad ogni individuo, ha affermato, nel contempo, che tale diritto è condizionato dalle scelte legislative di bilanciamento della tutela della salute con altri interessi costituzionalmente protetti: «tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento»⁸. Per la prima volta, quindi, è stato statuito che il diritto riconosciuto dall'art. 32 Cost. dovesse fare i conti con le possibilità economiche ed organizzative in concreto necessarie all'erogazione delle prestazioni assistenziali⁹.

Il suesposto orientamento giurisprudenziale deve essere letto anche alla luce della successiva evoluzione interpretativa posta in essere dal Giudice delle Leggi che, se per un verso ha esplicitato il predetto bilanciamento tra diritto alle prestazioni e limiti economici ed organizzativi delle stesse, per altro verso, ha inteso porre un argine invalicabile – anche per le esigenze economiche pubbliche – a presidio del nucleo essenziale dell'art. 32 Cost¹⁰. La Corte costituzionale ha statuito, infatti, che pur dovendo tenere conto delle esigenze della finanza pubblica, se queste ultime «nel bilanciamento dei valori costituzionali operato dal legislatore avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona

cost.), in *Enciclopedia Giuridica*, XI, Roma, 1989, 5; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali, parte generale*, Padova, 1990, 44.

⁶ Corte costituzionale n. 992/1988. Cfr. altresì Corte costituzionale nn. 103/1977, 88/1979, 184/1986, 559/1987, 992/1988, 1011/1988, 298/1990, 184/1996. La tutela della salute come diritto pretensivo immediatamente azionabile cfr. B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, 19; A. COSENTINO, *Diritto alla tutela della salute e terapie alternative, le scelte dell'amministrazione sanitaria ed il controllo dei giudici: riflessioni in margine al caso Di Bella*, in E. BRUTI LIBERATI (a cura di), *Il «caso Dibella» nella giurisprudenza civile*, Milano 2003, 18, nel quale, in un significativo passo l'A. afferma che «il diritto alla salute si riferisce da un lato ad un diritto assoluto – per la cui soddisfazione non è cioè necessaria alcuna cooperazione da parte di altri soggetti, essendo sufficiente che tutti i consociati si attenano al principio del *nemine laedere* – dall'altro come diritto relativo ossia come diritto di ottenere prestazioni di fare o di dare».

⁷ Con riferimento al diritto alla tutela della salute più volte in dottrina si è parlato di una sorta di «Giano Bifronte». La metafora è utilizzata con riferimento alle molteplici dimensioni in cui si può articolare, a seconda dei contesti, il diritto *de quo*. Sul punto cfr. A. ANZON, *L'altra "faccia" del diritto alla salute*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1, 1979, 656; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, IV, Milano, 2010, 21.

⁸ Per un approfondimento sul complesso dibattito scaturito da tale orientamento giurisprudenziale in seno alla Corte Costituzionale cfr. cfr. A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4, 2011, 1 ss.; D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, 4, 2013, 1 ss.; E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, Napoli, 2013; S. GAMBINO (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino, 2015; R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. SESTA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Roma, 2013, 29-44.

⁹ R. FERRARA, *Tutela della salute: prestazioni amministrative e posizioni soggettive*, in M. ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano 2006, 44.

¹⁰ B. PEZZINI, *op. cit.*, 28 ss.



umana, ci si troverebbe di fronte a un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa»¹¹.

Una conferma della necessità di porre in essere un ragionevole bilanciamento tra la tutela del diritto alla salute e le possibilità economiche a disposizione, la si ritrova anche nella successiva giurisprudenza costituzionale intervenuta in seguito allo scrutinio di costituzionalità al quale è stata sottoposta la normativa che ha previsto i c.d. *ticket*, cioè forme di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli stessi richiedenti delle prestazioni. Anche in tal caso il Giudice delle Leggi ha affermato la rispondenza di tali disposizioni con il dettato costituzionale dell'art. 32 proprio perché le suesposte forme di compartecipazione consentono di erogare le prestazioni assistenziali con le esigenze economiche alle stesse connesse¹².

A corollario di quanto esposto si evidenzia anche la giurisprudenza costituzionale relativa alla libertà di scelta del paziente. Proprio la necessità di tenere in considerazione la limitatezza delle risorse disponibili e, parimenti, l'esigenza di una programmazione sanitaria di carattere generale, ha portato il Giudice delle Leggi a statuire che la libertà di scelta della struttura sanitaria presso la quale effettuare un esame diagnostico o un intervento non possa essere ritenuta alla stregua di un diritto di carattere assoluto, ciò, anche in questo caso, in ragione di incompressibili esigenze economiche. La Corte Costituzionale ha affermato, infatti, che: «[s]ubito dopo l'enunciazione del principio della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell'assistito, si sia progressivamente imposto nella legislazione sanitaria il principio della programmazione allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario «[s]ubito dopo l'enunciazione del principio della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell'assistito, si sia progressivamente imposto nella legislazione sanitaria il principio della programmazione allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario»¹³, per poi arrivare a statuire che: «il principio di libera scelta non è assoluto e va temperato con gli altri interessi costituzionalmente protetti, in considerazione dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore ordinario incontra in relazione alle risorse finanziarie disponibili»¹⁴.

Quanto argomentato ha rappresentato, di fatto, un avallo delle politiche di contenimento della spesa e di razionalizzazione organizzativa in campo sanitario, seppur con i limiti di ragionevolezza e con gli obblighi di bilanciamento dei diversi interessi costituzionalmente rilevanti che si è avuto modo di esporre.

3. Le linee evolutive del SSN e le scelte legislative regionali.

Guardando all'evoluzione dell'approccio delle politiche pubbliche in campo sanitario si deve tener conto delle scelte che i differenti legislatori regionali hanno avuto nella conformazione dei rispetti Servizi Sanitari nell'ambito della potestà legislativa concorrente vigente in materia.

¹¹ Corte costituzionale n. 304/1994. In tal senso, *ex multis* Corte costituzionale nn. 309/1999, 432/2005, 269/2010, 61/2011.

¹² Corte costituzionale nn. 203/2008, 187/2012.

¹³ Corte costituzionale n. 248/2011.

¹⁴ Corte costituzionale n. 111/2005; in tal senso altresì cfr. Corte costituzionale n. 94/2009.

In primo luogo vi è stato – nella maggior parte dei casi – un progressivo accorpamento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere. Sul punto è stata antesignana la Regione Marche con la creazione nel 2003 l'azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). L'esempio è stato poi seguito anche dalla Regione Abruzzo, che ha ridotto il sistema a sole 4 ASL, e dall'Umbria, passata a 2 Aziende Sanitarie Locali.

Il suesposto trend, a ben vedere, è stato seguito anche dalle Regioni di dimensioni maggiori. La Puglia, che già all'epoca della trasformazione delle Unità Sanitarie (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL) voluta dal D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992, era passata da 55 USL a 12 ASL, nel 2007 ha deciso un ulteriore accorpamento organizzativo che ha portato all'attuale assetto nel quale esiste una sola Azienda Sanitaria per ogni provincia.

In tale senso si richiama anche l'accorpamento voluto nel 2015 dalla Regione Toscana che ha ridotto le ASL da 12 a 3, alle quali sono state affiancate 3 Aziende Universitarie e l'Azienda Ospedaliera Meyer. Si può, inoltre, far riferimento all'esperienza dell'Emilia-Romagna che nel 2014 ha accorpato le ASL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini in un'unica struttura che conta 1,2 milioni di abitanti, 12.000 dipendenti e 2,2 miliardi di euro di bilancio annuo.

V'è da segnalare, invece, il riassetto organizzativo impresso nel 2015 dalla Regione Lombardia che ha sostituito le ASL con 8 Agenzie per la Tutela della Salute e 25 Aziende Sociosanitarie Territoriali.

Tutte le suesposte decisioni a livello regionale, pur con le loro differenze, forniscono alcuni utili elementi di analisi.

In un estremo sforzo di sintesi si può affermare che l'accentramento – realizzato in momenti di forte tensione economica – è stato pensato per creare economie di scala, snellimenti amministrativi, eliminazione di duplicazioni nelle competenze e nell'erogazione dei servizi, ma, nel medio periodo può determinare un indebolimento delle capacità gestionali delle ASL, in quanto può dar luogo a strutture elefantache, composte da centinaia (o migliaia) di dipendenti, con problematiche organizzative di grande complessità. Peraltro, questa propensione al gigantismo delle Aziende Sanitarie Locali ha come conseguenza inevitabile la creazione di un apparato sovradimensionato che rischia di incidere negativamente sullo svolgimento di alcune funzioni aziendali.

Infine, la strutturazione di staff afferenti ad ASL di grandi dimensioni spesso avviene attraverso il reclutamento del personale proveniente dalle realtà territoriali, senza prevedere un percorso di formazione del management (specie del *middle management*) con il rischio di lasciare sguarniti questi livelli a vantaggio di quelli più elevati.

A quanto già illustrato deve aggiungersi la disamina degli interventi incentrati sulla rete ospedaliera, sempre applicati in un'ottica di razionalizzazione della spesa.

Il Decreto-legge n. 95 del 6 luglio 2012 ha programmato la riduzione dello standard di posti letto ospedalieri, tanto è vero che rispetto ai 4 posti letto per mille abitanti precedentemente previsti dalla normativa di riferimento, si è passati ad un valore massimo di 3,7 posti letto ogni mille abitanti. Per di più, le Regioni e le Province autonome hanno dovuto operare una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, oltre a promuovere l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare.

Il processo di riduzione dei posti letto e di riorganizzazione della rete delle piccole strutture ospedaliere è stato avviato in concreto con la successiva emanazione del decreto del Ministero della Salute



n. 70 del 2 aprile 2015 con il quale sono stati definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

La suesposta scelta di razionalizzazione della rete ospedaliera aveva come finalità il contenimento della spesa, ma si basava anche sulla volontà di strutturare un'assistenza territoriale maggiormente penetrante e capillare al fine di ridurre l'ospedalizzazione (anche per via notevole impatto economico). L'assistenza territoriale doveva essere, in maniera sempre maggiore, l'ulteriore gamba del SSN attraverso la quale consentire di alleggerire il carico di domanda di salute sulla rete ospedaliera, spostando molti casi su una modalità di cura maggiormente adatta ad una serie di patologie (non ultimo quelle croniche tipiche di una popolazione mediamente anziana) e caratterizzata da una minore incidenza sulle finanze pubbliche.

Il suesposto disegno legislativo, invero, ha avuto (ed ha tutt'ora) la pecca di aver implementato con repentinità la razionalizzazione delle reti ospedaliere regionali, senza, però, dettare una uguale coerenza nella creazione e/o implementazione dell'assistenza territoriale che è tutt'oggi a macchia di leopardo. Tale divaricazione tempistica ed organizzativa lascia, evidentemente, un vuoto nella risposta assistenziale.

4. Effetti delle politiche pubbliche sul SSN

Nel periodo successivo alla crisi economica del 2008 è stato attuato un progressivo definanziamento del Servizio Sanitario attraverso un aumento annuo del *budget* destinato al SSN ben più contenuto sia rispetto a quello previsto negli anni precedenti, sia rispetto alle reali necessità della sanità italiana. A conferma di quanto esposto si evidenzia che nel periodo tra il 2009 ed il 2014 la spesa sanitaria pubblica ha fatto registrare un incremento annuo dello 0,7%, mentre nel quinquennio precedente (2003 – 2008) la crescita si era attestata sulla percentuale del 6%.

In verità, tanto i predetti interventi di contenimento della spesa, quanto la predisposizione dei piani di rientro per le Regioni in maggiore difficoltà economica, hanno avuto importanti effetti positivi sia sul bilancio statale, sia sui disavanzi regionali (basti pensare agli enormi deficit in campo sanitario di Lazio, Campania e Sicilia che oggi sono stati completamente o parzialmente risolti). Ma è necessario comprendere se, parallelamente, vi sia stato un miglioramento sul lato dell'offerta delle prestazioni assistenziali al fine di capire se sia stato garantito il nucleo irrinunciabile connesso all'art. 32 Cost. (così come statuito dalla richiamata giurisprudenza costituzionale).

Il primo effetto dei tagli all'incremento di risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale è stato quello di determinare un esaurimento delle economie a disposizione delle Regioni negli ultimi mesi di ogni anno, tanto da costringere gli Enti regionali a sospendere o rallentare l'erogazione di alcune prestazioni assistenziali nel medesimo periodo dell'anno.

Ciò ha avuto effetti importanti anche sulle strutture private accreditate che operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e che rappresentano il 30% della capacità di offerta ospedaliera (percentuale che raggiunge il 53% se si includono le strutture territoriali). L'esaurimento, nel corso dell'anno, del *budget* a disposizione delle predette strutture ha determinato spesso il blocco dell'erogazione delle prestazioni garantite dal SSN ed ha provocato un impatto sia economico che organizzativo. I cittadini che volevano ottenere la prestazione richiesta si sono dovuti far carico integralmente del costo

della stessa, mentre, coloro i quali non hanno voluto o potuto affrontare tale spesa si sono rivolti alle strutture pubbliche così aumentando le già importanti liste d'attesa.

D'altro canto, come in un circolo vizio, proprio l'aumento delle liste d'attesa è uno dei motivi principali che spinge i pazienti ad uscire dal sistema pubblico, tanto è vero che in Italia il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come lo è il 49% delle prestazioni riabilitative ed il 23% degli accertamenti diagnostici¹⁵, sebbene deve precisarsi che per il 53% del campione statistico il ricorso alla spesa c.d. *out of pocket* rimanga legato alla fiducia nella struttura o nel professionista.

Quanto esposto non è l'unico riverbero provocato dalle misure economiche di natura restrittiva. Si pensi, infatti, al blocco delle assunzioni applicato per diversi anni nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, con la conseguenza di non aver potuto dar corso nemmeno al *turn over* per quiescenza. Invero, tale problematica non è stata vissuta dalle sole Regioni sottoposte ad un piano di rientro, atteso che il Patto per la Salute del 2001 aveva fissato un vincolo generalizzato dell'1,4% per la spesa per il personale.

È necessario evidenziare che nel contesto sanitario e formativo italiano non c'è una carenza di medici in termini assoluti, atteso che ogni anno vi sono circa 9.000 laureati in medicina e chirurgia, ma rispetto a questo dato sono erogate solo 6.000 borse per la formazione degli specialisti e poco meno di 1.000 per la medicina generale. Al netto del predetto blocco del *turn over*, quindi, ogni anno quasi 2.000 medici non hanno la possibilità di entrare in una scuola di specializzazione o di seguire il corso di medicina generale, così rimanendo in un limbo professionale.

Tutto ciò avrà a breve un risvolto di non secondaria importanza, atteso che nei prossimi 5 anni ci sarà l'uscita dal SSN per pensionamento di circa 45.000 medici di medicina generale che per larga parte non verranno sostituiti da nuove assunzioni¹⁶. Se poi si estende l'analisi ad un arco temporale di 10 anni e si ricomprendono anche i medici ospedalieri la stima si attesta sul pensionamento di 33.392 medici di base e di 47.284 medici ospedalieri, con un riverbero facilmente intuibile tanto sull'assistenza territoriale, quanto su quella ospedaliera.

Il quadro nazionale evidenzia che in almeno quattro Regioni vi è assoluta necessità di medici specialisti: il Veneto ha un deficit di 400 unità, poi c'è il Piemonte con 300 e la Puglia, insieme alla Lombardia, con 100 posti vacanti. Per di più, nel lasso temporale 2018-2025, è prevista una carenza di circa 16.700 specialisti, con picchi in Piemonte (per 2.000 unità), in Lombardia (oltre 1.900), in Toscana (quasi 1.800), in Sicilia (2.250) ed in Puglia (quasi 1.700 posti vacanti) [dati ANAAO Assomed, 2019].

I dati numerici e le prospettive deficitarie delle piante organiche sono la cartina di tornasole delle politiche di riduzione della spesa che non ha tenuto indenni le voci relative alla "forza lavoro" e, quindi, non è riuscita ad attuare una programmazione lungimirante in campo socio – assistenziale.

¹⁵ CENSIS-RBM, *IX Rapporto Rbm-Censis 2019*, www.welfareday.it 17/03/2020.

¹⁶ dati FIMMG 2019 www.fimmg.org 17/03/2020, ripresi anche da ANSA, *Allarme carenza medici, 45.000 in pensione in 5 anni*, www.ansa.it 17/03/2020.

5. Un cambio di passo legislativo e le possibili ripercussioni derivanti dall'emergenza CoViD-19

Volendo focalizzare l'analisi sulle attuali scelte economiche non si può prescindere dalla disamina del contenuto del Documento di Economia e Finanza 2019, dal quale si vince che la spesa sanitaria corrente per il 2018 è risultata pari a circa 115,4 miliardi di euro, facendo registrare una crescita dell'1,6% rispetto ai 113,6 miliardi di euro del 2017.

Il DEF ha, inoltre, previsto che la spesa sanitaria del 2019 – in consuntivo – sarà pari a 118,06 miliardi di euro, con un tasso di crescita del 2,3%, mentre per il triennio 2020-2022 vi è una previsione di crescita della predetta spesa ad un tasso medio annuo dell'1,4%, a fronte di un PIL nominale che dovrebbe subire un incremento medio del 2,5%. Ne deriva che il rapporto fra la spesa sanitaria ed il PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,4%.

Ebbene, i dati suesposti, sono il segno di una inversione di tendenza con riferimento al finanziamento del SSN rispetto alle precedenti annualità, sancendo un ampliamento delle risorse messe a disposizione della spesa sanitaria annuale. Tali previsioni, però, in ragione dell'attuale emergenza sanitaria, dovranno essere necessariamente riviste alla luce della modificazione sostanziale dei due fattori precedentemente presi in considerazione.

È di tutta evidenza, infatti, che, l'emergenza CoViD-19 implicherà un incremento considerevole da destinare tanto all'assunzione del personale sanitario, quanto agli investimenti di carattere tecnologico ed infrastrutturale.

Sul punto, mentre si analizza la situazione contingente, è stato approvato il Decreto-legge "Cura Italia", contenente, oltre alle misure di carattere economico, anche un piano di rafforzamento del SSN al fine di affrontare l'impatto epidemiologico provocato dalla diffusione del suddetto virus. In particolare, da una rapida disamina del testo di questo primo provvedimento (al quale, inevitabilmente, dovranno seguirne altri), si evince che le misure di maggiore importanza sul piano socio – assistenziale possono essere così sintetizzate: previsione di un finanziamento aggiuntivo per gli incentivi del personale dipendente (art. 1); possibilità da parte del Ministro della Salute di assumere 40 dirigenti medici, 18 dirigenti veterinari e 29 unità di personale non dirigenziale con contratti a tempo determinato per 3 anni, stanziando all'uopo oltre 5 milioni di euro per il 2020, 6.790.659,00 di euro per il 2021 e 2022 e quasi 1.700.000,00 di euro per il 2023 (art. 2); possibilità per le Regioni di acquistare prestazioni sanitarie ovvero di acquisire apparecchiature mediche, locali e personale sanitario dalle strutture private, accreditate e non (art. 3); incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per un ammontare di 1.500.000,00 euro (art. 17); consentire «l'esercizio temporaneo di qualifiche professionali e sanitarie ai professionisti che intendono esercitare sul territorio nazionale una professione sanitaria conseguita all'estero» senza la necessità di sostenere l'esame di abilitazione (art. 13), ciò anche nell'ottica di un pronto reclutamento del personale medico, anche da parte delle Regioni che stanno chiedendo di essere autorizzate allo sfioramento del vincolo di bilancio per l'assunzione di nuovo personale.

Si è in presenza di disposizioni di carattere eccezionale, per molti aspetti sono derogatorie rispetto al regime finanziario e normativo in vigore per il SSN, tanto da prevedere un investimento pubblico de-

dicato al contrasto al CoViD-19 di notevole importo e da determinare una torsione (seppur momentanea) anche del modello organizzativo dell'assistenza sanitaria.

A ciò v'è da aggiungere l'impatto che la crisi finanziaria nazionale e globale innescata dalla pandemia in corso potrà avere sull'economia italiana, che già prima dell'emergenza del "corona virus" stava dando segni di debolezza¹⁷. Sul punto una prima spia può essere individuata nel report periodico dell'agenzia Moody's nel quale si sostiene che: «l'economia italiana è probabilmente in recessione», tanto da prevedere una probabile contrazione del PIL nel primo trimestre del 2020 sino a giungere ad una stima di crescita negativa pari a - 0,5% per il 2020.

Il binomio tra la curva della spesa sanitaria in crescita (per via delle misure emergenziali) e quella del PIL in discesa, determinerà un impatto di lapalissiana evidenza sulla finanza pubblica che, in questo caso, non potrà dar luogo ad interventi di politica economica restrittivi, a meno di non sancire un effetto di detrimento per l'intera assistenza sanitaria. Per tale motivo ciò che deve essere guardato con attenzione è il comportamento tanto dell'Unione Europea, quanto quello della BCE.

A ciò si aggiunga che lo stesso DEF 2019 (la cui stesura è evidentemente antecedente alla crisi sanitaria su citata), non si è sottratto dall'evidenziare l'esistenza di criticità di medio-lungo del Servizio Sanitario Nazionale, avendo cura di focalizzare l'attenzione sui fattori come: l'invecchiamento demografico e l'evoluzione della domanda dei servizi sanitari, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in modo uniforme sul territorio nazionale, l'integrazione tra sistemi sanitari e assistenza sociale, la promozione della prevenzione sanitaria e l'innovazione tecnologica. Ciò ad ulteriore riprova del fatto non è dato sapere quali saranno le conseguenze che l'emergenza sanitaria CoViD-19 potrà determinare su un assetto già delicato e fragile.

6. La sanità diseguale?

Il quadro evolutivo degli interventi delle politiche economico – sanitarie (alle quali in prospettiva dovranno essere aggiunti i provvedimenti emergenziali già approvati e in fase di approvazione il cui impatto è ancora imprevedibile), ci consegnano una pluralità di indici dai quali emergono molteplici disuguaglianze nell'accesso alle cure, tanto da minare le fondamenta il diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Il primo squilibrio è tra Nord e Sud, visto che nelle Regioni del Nord Est l'aspettativa di vita per uomini e donne è rispettivamente di 81,2 e 85,6 anni, mentre al Sud si accorcia a 79,8 e 84,1 anni.

Altro indice di disuguaglianza è rappresentato dalla mobilità sanitaria interregionale che nel 2017 per l'88% dell'intero saldo attivo e stato appannaggio di Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, mentre il 77% del saldo passivo è stato interamente a carico delle Regioni del Centro Sud (Puglia, Sicilia, Lazio, Calabria e Campania).

L'ulteriore aspetto è quello dell'accesso alle cure da parte dei meno, vero segnale di disuguaglianza. Il 43% delle persone con gravi difficoltà economiche dichiara di non godere di buona salute, mentre questa cifra scende al 23% tra colori i quali non soffrono di penuria finanziaria [Istituto Superiore di Sanità, Report sulle disuguaglianze, 2019]. Se si considera che alle fasce economico-sociali più basse corrisponde mediamente anche un livello di istruzione più basso, il quadro appare ancora più com-

¹⁷ ISTAT 11.01.2020, *Le prospettive per l'economia italiana nel 2019-2020*, www.istat.it 11.01.2020.



plesso, atteso che il 55% delle persone con un basso livello di istruzione riferisce di versare in cattive condizioni di salute (contro il 20% dei laureati) e il 12% afferma di avere sintomi depressivi (rispetto al 4% dei laureati).

Il contesto delle disuguaglianze si acuisce ancor di più se si considera che in un SSN sottofinanziato, oltre 11 milioni di italiani nel 2017 hanno rinunciato a curarsi per motivi economici e 7 milioni si sono indebitati per farlo (di cui 2,8 milioni hanno venduto un immobile per sostenere le spese di cura).

Questo panorama assistenziale già fragile è anche caratterizzato da molteplici paradossi, il primo dei quali è legato all'inefficacia delle prestazioni. A fronte del flusso di risorse assorbito dall'assistenza sanitaria, è stimato che il 19% della spesa pubblica, il 40% di quella delle famiglie ed il 50% di quella delle polizze e fondi sanitari, sia impiegato per diagnosi o prestazioni che non migliorano la vita delle persone. Le prestazioni inefficaci o inappropriate di cui si è già avuto modo di accennare in precedenza e che rappresentano una falla all'interno di un sistema fragile e dispendioso.

Quanto esposto è la fotografia di uno stato di cose che era già presente prima dell'emergenza CoViD-19 e che, con assoluta probabilità (se non certezza), la straordinarietà del diffondersi del corona virus non potranno che acuire. Sul punto, però, è già possibile affrontare un aspetto che lo stesso piano emergenziale sta producendo in relazione alla condizione della popolazione più anziana.

Se si pensa che il 33% delle famiglie italiane è formato da un solo componente, spesso anziano, e se si considera che nelle grandi città la predetta percentuale arriva a toccare quasi il 50% delle famiglie, si può immaginare quale possa essere la portata dell'emergenza "Coronavirus", siccome l'intero sistema socio-assistenziale, sotto stress per una minaccia virulenta, imprevedibile, ancora non scientificamente pienamente definita e per la quale non esistono azioni efficaci di prevenzione e/o di cura sperimentate, deve anche aver cura di intervenire proprio in quei casi di persone sole che risultino essere contagiate e che, più di altre, hanno bisogno di una assistenza totalizzante siccome avulse da qualsiasi supporto familiare. Per di più, ciò è ancora più rilevante se si considera che, per quanto è dato sapere dai casi verificatisi, proprio le persone anziani (spesso sofferenti di patologie croniche) possono essere quelle più a rischio nel caso di contagio, siccome il tasso di ospedalizzazione e quello di mortalità in questi casi è tra i più alti.

Agli anziani soli devono essere aggiunti anche i casi dei disabili che vivano anch'essi in una condizione di solitudine.

Per di più, il quadro emergenziale che tocca da vicino le suesposte categorie di persone, si inserisce in un contesto già fortemente problematico, in ragione di una inadeguatezza di base dell'apparato socio-assistenziale italiano nei confronti dei disabili e degli anziani.

Già nell'azione ordinaria di contrasto alle non autosufficienze vi è un *gap* territoriale importante, tanto è vero che nel 2017 la spesa pro capite è stata di 282 euro nella Provincia di Trento mentre a Reggio Calabria si è attestata su una media di appena 26¹⁸. Più in generale il Sud spende, in media, circa un terzo rispetto alle risorse impiegate in tale campo dal Nord Italia.

Ciò che più fa riflettere è che non ci si trovi dinanzi ad una penuria di fondi, se è vero che tra il 2007 ed il 2015 sono stati spesi 2,3 miliardi di euro per finanziare progetti destinati ai non autosufficienti. La differenza è forse dovuta ai criteri di riparto da modificare, alla lentezza nella determinazione dei

¹⁸ Corte dei conti, *Relazione sulla gestione del Fondo per le non autosufficienze*, 2017, www.corteconti.it 02/01/2020.

Livelli Essenziali di Assistenza nelle politiche sociali e, nel contempo, la stasi gestionale presente in varie amministrazioni regionali.

A ciò si aggiunga una disparità territoriale vigente anche con riferimento al sistema socio-assistenziale, siccome la presenza di strutture residenziali per anziani, disabili, malati psichici, malati terminali e sugli istituti di riabilitazione sono largamente disomogenea. Si passa da una presenza di 10,5 posti letto ogni 1000 abitanti nella Provincia di Trento, ad 8,4 posti letto in Piemonte, per giungere a 0,9 posti letto in Campania. La Puglia si attesta al quattordicesimo posto su 21, con 2,4 posti letto¹⁹.

Tutto quanto esposto ci consegna una cornice di evidenti diseguaglianze assistenziali, territoriali, di accesso alle cure e di risposta ai bisogni epidemiologici della popolazione. Un *vulnus* grave al nucleo essenziale ed inscalfibile dell'art. 32 Cost.

Per di più, sempre in tema di disuguaglianze, i rapporti annuali della Banca Mondiale, del Fondo Monetario Internazionale e dell'OCSE che forniscono costantemente i dati sull'aumento della concentrazione della ricchezza, non possono non avere rilessi sul *welfare state* e, conseguentemente, sullo iato tra le potenzialità assistenziali fornite dal progresso tecnico-scientifico e gli effettivi livelli di assistenza erogati.

Da quanto esposto discende che il quadro dell'evoluzione della sanità italiana, anche alla luce delle contingenze che l'emergenza sanitaria in atto, apre la strada a pressanti dubbi di fondo circa l'effettività dei principi di universalità, uguaglianza ed equità che hanno ispirato la creazione del nostro SSN e che oggi rischiano di essere solo chimere.

Per troppo tempo le contrastanti scelte del legislatore in campo sanitario hanno avuto più assonanze con lo stato d'animo di Don Abbondio che non quello del Principe di Condè: mentre il primo non dormì sonni tranquilli perché non aveva il coraggio di affrontare il domani, il Manzoni ci racconta che, invece, il nobile si assopì profondamente la notte prima della battaglia di Rocroi perché aveva imparato tutte le disposizioni necessarie. Ebbene, la contingenza emergenziale, così come lo stato del nostro Servizio Sanitario, impongono scelte coraggiose e lungimiranti per vincere la battaglia dell'assistenza.

¹⁹ P. BARZAN, A GUGIATTI, F. PETRACCA, *La struttura e le attività del SSN*, in CERGAS – Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2018*, Milano, 2019, 29-99.