

Forum: Prospettive di riforma dei sistemi sanitari nazionali nella fase “post-pandemica”

Lorenzo Chieffi

Ordinario di Istituzioni di diritto pubblico e costituzionale, Università della Campania Luigi Vanvitelli

Mail: lorenzo.chieffi@unicampania.it

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato molteplici inadeguatezze e lacune nei sistemi sanitari nazionali, già in passato indeboliti dai tagli lineari operati dagli Stati. Una loro progressiva aziendalizzazione, in applicazione delle regole del *quasi mercato*, cui si era aggiunta la pesante recessione che fece seguito, tra il 2007 e il 2013, alla grave crisi economica mondiale, aveva ridotto in modo significativo i trasferimenti finanziari destinati a questo servizio pubblico essenziale. Agli studiosi, che hanno accettato di partecipare al Forum, è stato perciò chiesto di fornire utili suggerimenti e proposte operative per il rilancio della sanità in Italia come in altri Stati dell’Unione europea, un rilancio reso oggi possibile dagli ingenti finanziamenti erogati dall’UE attraverso il *Recovery Fund* che evidenziano il maggiore impegno sociale di questo organismo sovranazionale per dare attuazione ad «un elevato livello di protezione della salute», come auspicato dall’art. 168 TUE. Accanto a un’opportuna riorganizzazione dei sistemi sanitari, in forza del potenziamento della digitalizzazione del servizio, dell’impiego della telemedicina, della riforma della medicina territoriale e del rafforzamento di quella dedicata alla prevenzione, un ulteriore campo di indagine, cui si è chiesto di indirizzare la riflessione, è quello dei rapporti tra Stato centrale e autonomie territoriali. Questo campo si è dimostrato, specie nel corso della crisi epidemiologica, estremamente conflittuale e contras-

segnato da relazioni poco collaborative e ciò ha evidenziato la necessità di una ridefinizione dell’impianto normativo che sorregge i suddetti rapporti, quanto meno per rendere possibile un migliore coordinamento delle competenze in materia di tutela della salute e sanità affidate a Stato, Regioni ed altri enti territoriali.

Forum

Pandemia e sindemia: equivoci e paradossi

Ivan Cavicchi

Docente di Sociologia delle organizzazioni sanitarie e Filosofia della medicina, Università di Roma Tor Vergata

Mail: info@ivancavicchi.it

1. Introduzione

Due sono gli equivoci che, agli occhi di tante persone, sono sorti in sanità relativamente alla pandemia/sindemia:

- ritenere che la catastrofe, perché di questo si tratta, fosse come un fulmine che all'improvviso si è abbattuto su un mondo perfetto compromettendone la perfezione e la funzionalità;
- pensare che la pandemia per palingenesi avrebbe rinnovato automaticamente il mondo esattamente come se si dovessero ripulire le stalle del re Augia.

Purtroppo niente di tutto ciò:

- la pandemia si abbatte su una sanità che per tante ragioni è già "infelice" e già visibilmente "imperfetta" cioè strapiena di contraddizioni e di criticità;
- le misure adottate per la sanità, quindi la missione 6, del PNRR sono per scelta politica tutt'altro che palingenetiche, cioè tutt'altro che "riformatrici" nei confronti delle criticità del sistema sanitario.

Del resto se *a priori* si considera un sistema pressoché perfetto perché riformarlo? Al massimo si può rafforzare o ripulire un po'.

Che la sanità fosse, prima della pandemia, infelice e disfunzionale lo dimostrano tante cose:

- l'incessante lavoro legislativo soprattutto di controriforma (tre "riforme delle riforme" in poco più di 20 anni);
- politiche ostinate di adattamento dei diritti ai limiti economici;

- interventi drastici di ridimensionamento del sistema dei servizi, in particolare degli ospedali;
- blocchi reiterati all'assunzione degli operatori;
- riordini istituzionali di dubbia saggezza;
- crisi conclamate ad ogni livello soprattutto a livello di professioni;
- forti spinte verso la privatizzazione del sistema cioè forti spinte contro- riformatrici, ecc.)

Che le misure, adottate per riparare ai danni della pandemia, nonostante la pregressa infelicità del sistema non siano per nulla palingenetiche, lo dimostra il fatto che la sanità, *a priori*, non è compresa dal *Recovery plan* tra i settori vincolati alla riforma, cioè essa non è considerata un oggetto obbligato dalla pandemia ad essere riformato.

2. Il "riformista che non c'è" e la "quarta riforma"

Questi due punti sono alla base di una grande contraddizione che, come vedremo, la pandemia esacerberà e che purtroppo il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza non sembra in grado di rimuovere e che non lascia presagire nulla di buono, vale a dire:

- da una parte, una situazione di crisi profonda del sistema che abbisognerebbe per essere risolta di un autentico pensiero riformatore;
- dall'altra, un PNRR che non è nulla di più che una semplicissima idea di potenziamento dell'invarianza, delle strutture esistenti, della tecnologia disponibile.

La grande contraddizione in sanità non è nuova per niente, anzi, al contrario, è quasi una abitudine e riguarda i *biases* politici che nascono tra un modo di vedere ai problemi e il modo di cercare soluzioni.

In un lavoro pubblicato nel 2016, *La quarta riforma*¹, si dimostra, in modo inequivocabile che questa enorme contraddizione tra “problemi” e “soluzioni” preesiste alla pandemia.

La «quarta riforma» è certamente una spietata analisi delle principali criticità del sistema, ma, in realtà, essa è una critica serrata alle “soluzioni” sin qui adottate, cioè ad un riformismo debole che quelle criticità ha provocato o quanto meno non risolto, o risolto spesso in modo sbagliato.

Bisogna rammentare che la quarta riforma fu preceduta da un altro lavoro significativo «Il riformista che non c’è, le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento»² del 2013, che mette al centro non “cosa riformare” (il problema), ma “chi” e “come” riformare (la soluzione e il risolutore), quindi che mette al centro dell’analisi, rispetto a ciò che in sanità servirebbe fare, il ruolo centrale del decisore politico e delle sue scelte. Quindi i problemi profondi del risolutore.

La tesi di fondo, che con la pandemia esploderà, è che il sistema sanitario pubblico, certamente ha criticità oggettive, reali, concrete, ma la cui soluzione finisce con il dipendere, in modo significativo, dalla capacità o incapacità riformatrice del decisore politico. Il sistema con la pandemia paga anche il prezzo di scelte politiche sbagliate, di riforme fatte male, di decisioni avventate; cioè paga il prezzo dei limiti della politica e, più precisamente, paga il prezzo di un pensiero più contro-riformatore che riformatore. Sono quindi i “punti di vista”, più che i problemi nella loro oggettività, che alla fine decidono le soluzioni, sapendo che questi punti di vista dipendono dai contesti e, soprattutto, dal senso comune che li caratterizza.

Il senso comune, quello che ha dato la linea a tutti gli amministratori della sanità e che ha iniziato a prevalere a partire dagli anni ‘80 in poi,

quindi subito dopo il varo della riforma sanitaria del ‘78, ha riguardato soprattutto il tema della sostenibilità, cioè il tema della compatibilità tra spesa sanitaria pubblica e PIL.

3. La questione della regressività il problema dell’autobus farlocco

L’altro grande tema, quello della crescente regressività culturale del sistema, cioè del gigantesco *bias* che si forma tra cambiamento sociale e sanità pubblica, tra servizi e persone, tra malati e medicina, resta in ombra, cioè agli occhi del senso comune non è una priorità e viene di fatto negato. Per cui rispetto al senso comune la questione della sostenibilità resta il problema per antonomasia.

Il “riformista che non c’è” per governare il “problema” della sostenibilità pensa, come esclusiva “soluzione”, con la logica della compatibilità e, chiuso in questa logica, quasi prigioniero di essa, non esita, quando necessario, ad adattare il diritto costituzionale al limite economico, quindi a controriformare, a privatizzare, a tagliare, a negare, cioè a privare in qualche modo il sistema pubblico.

Davanti alla questione della regressività non ha idee adeguate, mostra di non avere una strategia culturale avanzata, quindi resta culturalmente dipendente da vecchi modelli, vecchi schemi, vecchi modi di ragionare.

La “quarta riforma”, per governare la questione della sostenibilità, quindi il “problema”, supera, ovvero si emancipa dalla logica della “compatibilità”, sostituendola con quella della “compossibilità”, cioè usa lo strumento della riforma per rimuovere tutte le contraddizioni in modo che la sanità pubblica e quindi il rispetto dei diritti sia comunque possibile garantito. Per risolvere il problema della regressività usa tutto quanto il

¹ I. CAVICCHI, *La quarta riforma*, in *Quotidiano sanità.it*, 2016.

² I. CAVICCHI, *Il riformista che non c’è. Le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento*, Bari, 2013.

pensiero moderno mette a disposizione; usa nuove logiche, nuovi ragionamenti, cerca nuove soluzioni, cioè usa il pensiero a disposizione in tutta la sua estensione sfruttandone tutte le potenzialità

La soluzione “per il riformista che non c’è” è restare nell’invarianza culturale e organizzativa e quindi adattare il diritto alla salute alle disponibilità finanziarie. Per la quarta riforma la soluzione quindi è quella di “inventare” la sanità più adeguata a garantire comunque il diritto alla salute anche in un regime di limiti economici. Anzi le soluzioni anti-regressive sono viste in modo esteso come le soluzioni al problema della sostenibilità. La sostenibilità è ciò che co-emerge da un mucchio di soluzioni di vario tipo ad ogni livello. Essa non è mai vista solo come un problema finanziario.

La metafora usata per esprimere la contraddizione del decisore politico tra “problema” e “soluzione” e tra “cambiamento” e “invarianza” è quella dell’*autobus farlocco*, cioè di un autobus universale con una grande carrozzeria che trasporta tutti, perché tutti hanno diritto ad essere trasportati, a con un motore “regressivo”, cioè vecchio e spompato, frutto dell’assemblaggio di parti ricavate dai vecchi motori del passato, principalmente quelli sopravvissuti al precedente sistema mutualistico.

4. PNRR, Missione 6 (problemi e soluzioni)

La pandemia eredita interamente “l’autobus farlocco”, eredita interamente la contraddizione storica tra problemi e soluzioni, tra cambiamento e invarianza, e inevitabilmente scatta di nuovo la grande contraddizione tra problema e soluzione cioè una catastrofe che ha destabilizzato un intero sistema alle sue fondamenta viene comunque affrontata con un pensiero debole, inadeguato, a sua volta regressivo.

La risposta alla pandemia da parte del governo è il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) articolato in più “missioni”, delle quali la numero 6 riguarda la “salute”, e per la quale si stanziavano complessivamente 20,22 miliardi.

Il Piano:

- propone di investire nell’assistenza di prossimità diffusa sul territorio (1.288 case di comunità e 381 ospedali di comunità);
- potenzia l’assistenza domiciliare, la telemedicina e l’assistenza remota, con l’attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali;
- investe nell’aggiornamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, con l’acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature, e nelle infrastrutture ospedaliere, ad esempio con interventi di adeguamento antisismico.

È evidente che la missione 6 rappresenti un pacchetto di utilità per il sistema sanitario di grande valore, il dubbio che sorge è se questo pacchetto di misure sia in grado di rimuovere la storica contraddizione tra problemi e soluzioni di cui si parlava prima; di risolvere la questione dell’*autobus farlocco*; di affrontare gli storici problemi amplificati dalla pandemia, sia di sostenibilità che di regressività. Cioè sia in grado di mettere prima di ogni cosa in sicurezza il sistema pubblico rinnovandolo.

L’operazione che la missione 6 tenta di fare è, a cassetta degli attrezzi sostanzialmente invariata, cioè a sistema quindi a modelli invarianti, quella di potenziare e rinforzare gli attrezzi in uso, cioè i modelli esistenti, nulla di più. Quindi la scelta politica di fondo è scartare, nonostante la pandemia, la possibilità di una “quarta riforma”.

A questo punto come si fa a valutare epistemica-mente oltre le utilità immediate che sono nelle scelte tecniche proposte, questa scelta? Come si fa a dire a parte le nostre opinioni personali se essa è giusta o sbagliata, se è opportuna o no, se

è adeguata alle criticità del sistema e quindi ai bisogni della nostra società?

Per rispondere a queste domande adotteremo come ipotesi di lavoro la teoria dei “programmi di ricerca” di Lakatos³, quindi considereremo la “missione 6” non semplicemente come un pacchetto di soluzioni tecniche, ma come se fosse una teoria scientifica della quale valutare dal punto di vista epistemico il grado di progressività o regressività, andando quindi oltre le singole soluzioni tecniche (territorio, prossimità, telemedicina, tecnologie strutture ecc). Cioè valutandola come teoria.

5. Missione 6: una scelta politica regressiva o progressiva?

Per Lakatos i programmi di ricerca, quindi le teorie scientifiche, possono essere “progressivi” o “regressivi”. Nel primo caso il programma o la teoria predice fatti nuovi, nuove soluzioni, nuovi modi di agire; nel secondo caso il programma colla su sé stesso a causa di aggiustamenti *ad hoc* ipotesi empiricamente vuote o soluzioni sbagliate o inefficaci. O peggio soluzioni tampone. Il grado di progressività di un programma di ricerca consiste nella sua maggiore o minore capacità di rimuovere contraddizioni e di risolvere problemi cioè di trovare alle criticità sul tappeto soluzioni soddisfacenti. Un programma regressivo a certe condizioni riformatrici può diventare progressivo, ma, se queste condizioni non sono rispettate, il programma anche con una pandemia tra i piedi resta drammaticamente regressivo.

Per Lakatos, quindi si tratta solo di stabilire un criterio razionale per misurarne il grado di progressività di un programma.

La domanda è: quale criterio ci permette di comprendere quale grado di progressività ha la

missione 6? E se non ha un grado soddisfacente di progressività è lecito parlare di regressività?

Lakatos in pratica, ci aiuta a capire non se la missione 6 è una scelta politica “giusta” o “ingiusta”, quindi ci invita ad andare oltre le nostre opinioni personali, ma se è una scelta politica “matura” o “immatura”, cioè adeguata alle criticità della sanità prima e dopo la pandemia:

- la politica “matura” esattamente come la scienza è un dispositivo euristico in grado di portare la sanità messa in ginocchio dalla pandemia a scoprire fatti nuovi alla luce di una struttura che ingloba la continuità in un nucleo saldo e convenzionalmente condiviso;
- la politica “immatura” al contrario non è in grado di aderire né a un programma progressivo e né di trasformare un programma regressivo in un programma progressivo. Cioè non ha capacità riformatrice.

Il criterio alla base della missione 6, pur con una pandemia da governare, è esplicitamente detto, non è la riforma, ma al contrario è apologetico e più precisamente riguarda l’invarianza del sistema, quindi il suo potenziamento.

Esempio: esiste il distretto, esiste l’ospedale, esiste la prevenzione, esistono le strutture, esiste la tecnologia; dopo la pandemia non si tratta di riformare niente ma di potenziare tutto ciò. Si tratta quindi di un criterio apologetico che si potrebbe definire del “potenziamento dell’invarianza”.

6. La questione politica della regressività

Il criterio del potenziamento dell’invarianza, alla base della missione 6, analizzato secondo l’approccio di Lakatos, pur prevedendo molte innegabili utilità (maggiori risorse, maggiori servizi, maggiori prestazioni, maggiori aiuti, ecc.) al

cura di), *Critica e crescita della conoscenza*, Milano, 1993.

³ I. LAKATOS, *La metodologia dei programmi di ricerca scientifici*, Milano, 2001; I. LAKATOS, A. MUSGRAVE (a

confronto con le criticità vecchie e nuove del sistema sanitario:

- tradisce un fortissimo grado di regressività perché in pratica si limita a rafforzare o a potenziare quello che c'è (territorio, prossimità, tecnologie, assistenza domiciliare, ecc.), quindi esclude *a priori* la possibilità di scelte progressive di riforma;
- mutua politiche vecchie, anche se si sono dimostrate un fiasco, come dire che non è in grado di trasformare programmi regressivi (aziende, titolo V, legge 229, ecc.) in programmi progressivi;
- ma soprattutto non corregge gli errori fatti in passato, cioè conferma scelte politiche anche se si sono rivelate sbagliate.

Tanti a questo riguardo, rispetto alle regressività della missione 6, sono gli esempi che si potrebbero fare.

Nella missione 6 si parla di:

- “assistenza domiciliare”, ma non si rimuovono le contraddizioni relative ai medici di medicina generale;
- “case di comunità” (ambulatori), ma dentro una concezione anacronistica di territorio e di ambulatorio;
- “prossimità”, ma senza riconsiderare gli ambiti territoriali abnormi creati con gli accorpamenti delle aziende;
- “cure primarie”, ma senza mai riformarne l'organizzazione, quindi senza ripensare le professioni e il loro modo di lavorare;
- “territorio”, ma sempre in chiave anti-ospedaliera, cioè nella stessa chiave della riforma Bindi di 20 anni fa, nonostante questa riforma si sia dimostrata del tutto fallace.

- “integrazione”, ma mantenendo sistemi di servizi duali, quelli che ancora oggi pongono servizio contro servizio pongono il territorio contro l'ospedale.
- “prevenzione”, ma a teoria di prevenzione, a metodologie e a servizi invariati. La nuova sfida, se vogliamo essere coerenti con la teoria del *one health*, lanciata dal recente *Global health summit* di Roma non si chiama “prevenzione”, ma “predicibilità”⁴.

Quindi se rammentiamo che per essere regressivo non è necessario tornare indietro ma basta stare fermi mentre tutto cambia, la “missione 6” è una proposta, rispetto alla pandemia, fortemente regressiva. Il criterio del potenziamento dell'invarianza non è rispondente né alle complessità imposte da ultimo dalla pandemia, né alle criticità storiche del sistema che la pandemia ha enormemente amplificato.

Le sue idee di fondo sono vecchie, logore, fallaci e sono le stesse che si possono trovare nelle due riforme delle riforme che sono venute dopo la legge 833 che fonda il SSN e precisamente la prima nel '92 la seconda nel '99.

La pandemia, agli occhi del “riformista che non c'è”, non è riuscita a creare nessuna discontinuità politica. Pandemia o non pandemia si continua con il solito andazzo. Cioè neanche la pandemia, a parte le numerose criticità della sanità pubblica, è riuscita a mettere in crisi il riformista che non c'è.

La pandemia ha dimostrato in modo inequivocabile che:

- la riforma del titolo V (legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), per la sanità, è stata un drammatico errore che ha frantumato l'unità nazionale della sanità in 21 sistemi sanitari diversi, creando disuguaglianze di ogni

⁴ I. CAVICCHI, *La nuova previsione tecnologia ambiente e salute*, Roma, 1990.

tipo, ma soprattutto diseguaglianze gravi nei confronti del diritto;

- la riforma del titolo V, a parte aver indebolito oltre il lecito i poteri dello Stato centrale, ha creato un mare di inutili problemi legati alla legislazione concorrente;
- l'introduzione delle aziende ha creato enormi problemi di governo alla sanità dal momento che la complessità della sanità, specialmente in una pandemia, non è governabile in modo monocratico, ma necessita di forme di *governance* partecipate e competenti⁵.

Se, come diceva Lakatos, è possibile trasformare programmi regressivi in programmi progressivi, ebbene questo è esattamente quello che la missione 6 non fa.

Pur con una pandemia le politiche sanitarie di risposta restano di stampo regressivo.

7. Una metonimia come premessa

Il postulato da cui parte la missione 6 è semplice: il territorio non ha retto all'urto della pandemia (medici di famiglia, ambulatori, distretti, servizi di prevenzione, ecc.); per cui è il “non territorio” la principale causa della crisi degli ospedali, cioè il principale problema da risolvere.

Il che è in parte vero ma trascura il fatto che in realtà il territorio è regressivo, ma solo perché è regressivo un intero sistema. La pandemia ha messo insieme sia le magagne causate dalle politiche di sostenibilità del passato, sia le magagne causate dall'indifferenza totale della politica nei confronti dei problemi di regressività.

Quindi l'operazione che fa la missione 6 è in un certo senso retorica (metonimia), sostituisce infatti i problemi di regressività del sistema con quelli di una parte del sistema: i problemi di regressività del SSN, inteso come sistema, vengono

ridotti ai problemi di regressività di un sotto-sistema definito territorio.

Il territorio diventa il capro espiatorio della pandemia con ciò liberando il terreno da tutte le scelte sbagliate fatte in passato.

L'asso nella manica della missione 6 sono le “case di comunità” come garanzia di prossimità quindi l'espressione organizzata del territorio.

Purtroppo che cosa esse siano effettivamente è ancora poco chiaro.

A tutt'oggi non c'è una definizione inequivoca e le definizioni in circolazione riguardano le case della salute che il ministero definisce così: «la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, ivi compresi gli ambulatori di Medicina Generale e Specialistica»⁶.

Quindi nulla di più di un “poliambulatorio Inam”, come quelli che avevamo ai tempi delle mutue. Un *repechage*, nulla di più, con l'intento esplicito di organizzare i medici di medicina generali come operatori dipendenti. Quindi con lo scopo di superare definitivamente la figura storica del medico di base legata al rapporto libero professionale definito attraverso convenzione.

8. La questione dei medici di medicina generale (MMG)

Personalmente, soprattutto di fronte ad una pandemia, mi perplime l'idea che la risposta alla pandemia sia il superamento del medico convenzionato (libero professionista) e che per superarlo si debba costruire una “casa” *ad hoc* e che anziché chiamarla “casa dei medici di medicina generale e dei medici specialisti” quindi “casa dei medici” si chiami “casa di comunità”.

Rispetto a tale questione, mentre scriviamo, la situazione è in movimento, non si capisce bene

⁵ I. CAVICCHI, *La sinistra e la sanità dalla Bindi a Speranza con in mezzo una pandemia*, Roma, 2021.

⁶ Ministero della salute, *Definizione di casa della salute*, 22 marzo 2007.

se le case di comunità sostituiranno gli ambulatori dei medici di base, come chiedono le Regioni, o se semplicemente ne saranno una integrazione, come chiedono i sindacati dei medici. Né è chiaro quale sarà lo statuto giuridico contrattuale dei medici di medicina generale (sono state avanzate tre ipotesi: passaggio integrale dei medici convenzionati alla dipendenza, passaggio semi-integrale, accreditamento).

Nei confronti delle case di comunità si registra, da parte del sindacato più rappresentativo dei MMG (FIMMG), una forte contrarietà, una indisponibilità politica a rimettere in discussione la convenzione libero professionale, ma soprattutto ad accettare la tesi implicita che è dietro le case di comunità, e cioè che la maggiore responsabilità dei disastri causati dalla pandemia sono riconducibili alle insufficienze croniche del sistema di medicina generale.

Su come andrà a finire, l'ipotesi più probabile, considerando le forze in campo, è quella del "papocchio", cioè di una mediazione tra Regioni e sindacati dei medici di medicina generale tesa a far convivere le case di comunità con gli ambulatori liberi professionali dei medici di medicina generale.

Se l'ipotesi del "papocchio" fosse fondata allora dobbiamo dire che nonostante la pandemia la politica, cioè il riformista che non c'è, continua a magnificare il valore sovrano dell'invarianza. Tutto continuerà più o meno come prima.

Resta comunque inquietante rispondere ad una pandemia/sindemia, nel ventunesimo secolo riesumando un modello di servizio (il poliambulatorio INAM) del secolo precedente. È come riesumare una concezione di servizio del passato, che corrispondeva ad un sistema di *welfare* fallito sotto i debiti e il discredito. Riesumere vecchi

modelli è un chiaro segnale, direbbe Lakatos, di regressività.

Ma perché dopo una metonimia ingannevole, come quella del territorio, la missione 6 propone un *calembour*, cioè perché dei vecchi poliambulatori definiti "case di comunità"? Perché davanti ad una catastrofe ancora una risposta retorica? C'è da chiedersi perché case di comunità? L'impressione che la missione 6 nel proporre questa definizione riecheggi la moda del momento, vale a dire un nuovo, movimento che guarda caso si chiama "prima la comunità".

È un movimento di grande interesse che promuove dal basso una nuova idea di *welfare* perfettamente in sintonia con la nota teoria del *welfare* di comunità e che, specificatamente, si è dedicato alla «case della salute» nel tentativo di superare la tradizionale visione ospedale-centrica della sanità.

Ma se prendiamo la teoria del *welfare* di comunità come riferimento, di conseguenza dovremmo avere delle case di comunità intese come strutture (ambulatori sparsi nel territorio) gestite dalla comunità o per conto della comunità.

La grande differenza tra le "case di comunità" e la "casa della salute", ma anche tra di esse e tutti gli altri servizi della sanità, non è tecnica funzionale ma è gestionale⁷.

Perché? Perché il senso di fondo del *welfare* di comunità è l'apertura del servizio pubblico a soggetti esterni al suo classico perimetro gestionale pubblico. Questi possono provenire dalla sfera del mercato, delle associazioni intermedie e della famiglia (reti familiari e amicali) ma soprattutto dal terzo settore.

Questa ipotesi spiega perché la missione 6 abbinò le case di comunità al concetto di prossimità,

⁷ G. SESSA, V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità non è un ambulatorio ma un nuovo modo di promuovere la salute*, in *Quotidiano sanità*, 7 maggio 2021.

infatti una delle ragioni che giustificerebbe la nostra ipotesi definitoria a partire dal welfare di comunità, è quello di poter disporre di nuove forme mutualistiche ma soprattutto di ritenere il welfare “dal basso” davvero “prossimo” quindi meglio adattabile alle esigenze delle persone e quindi più rispondenti di quei sistemi caratterizzati da una forte centralizzazione e standardizzazione delle prestazioni.

È del tutto evidente che se le case di comunità fossero l’espressione operativa del welfare di comunità in sanità si avrebbe un bel cambiamento:

- nel rapporto tra destinatari delle politiche sociali, decisori politici e fornitori di servizi,
- nel processo di co-produzione attraverso la partecipazione dei cittadini soprattutto nella costruzione di servizi di pubblica utilità,
- nel rapporto con i medici di medicina generale e con gli specialisti che dovrebbero essere gestiti da rappresentanti della comunità.

In sostanza si avrebbe una riforma dell’idea pubblica paternalista di protezione sociale. Una riforma tuttavia non priva di rischi e di forti ambiguità politiche:

- si rischia di introdurre nuove disegualanze tra territori, sia tra città e provincia, ma soprattutto tra Nord e Sud (basta ricordare le esperienze di *cohousing*, e degli empori solidali di fatto assenti nell’Italia Centro-Meridionale),
- si rischia in forma subdola di accentuare processo di privatizzazione iniziato con le controriforme di questi anni (sono anni che si tenta di trasferire pezzi di sanità pubblica al terzo settore e vi è la possibilità di appaltare parte dei servizi pubblici territoriali al terzo settore),
- si pone un problema di *governance*: che senso ha avere un ambulatorio gestito dalla comunità in una azienda pubblica gestita dal

pubblico in modo monocratico? Quale modello di *governance* si ha in mente? Perché solo le case della salute dovrebbero essere a gestione delegata?

Se però come sembra così non fosse e le case di comunità restassero a gestione pubblica è lecito chiedersi: perché chiamarle “case di comunità” se sono in realtà nulla di più di semplici poliambulatori specialistici pubblici? Cioè perché il *ca-lembour*?

Analoghi dubbi riguardano anche l’altra novità della missione 6 che sono gli “ospedali di comunità” a gestione infermieristica rispetto ai quali ancora non sappiamo cosa significhi realmente “comunità”.

Oggi abbiamo un sistema ospedaliero classificato in “primo livello, secondo livello, terzo livello” che altro non è che la riproposizione della nomenclatura ospedaliera decisa con la riforma ospedaliera del 1968. È presumibile ritenere che l’ospedale di comunità sia un ospedale di primo livello. Ma anche in questo caso perché chiamarlo di comunità? Perché affidarne la gestione agli infermieri? Come si rapporta con le strutture definite di secondo e di terzo livello? Come si rapporta con le case di comunità? Vi sono teorie che sostengono che dovranno essere i medici di medicina generale a presidiare gli ospedali di comunità? Ma in che modo?

Sono tutti nodi che se non chiariti rischiano di aggiungere contraddizioni a contraddizioni e a complicare le situazioni di assistenza e che ci dicono una pandemia non si affronta con la retorica.

9. I pregiudizi della missione 6 contro l’ospedale

La pandemia ha reso palpabile ed evidente a tutti l’estrema debolezza del sistema ospedaliero italiano in tutti i suoi aspetti problematici che a tutti gli effetti va considerato come la più importante concausa della mortalità registrata in Italia per

COVID-19 ed anche per patologie non COVID, che va ricordato resta la più elevata in Europa.

La cosa incredibile è che, nella missione 6 mentre si parla ampiamente anzi quasi esclusivamente di territorio quindi di case di comunità e di ospedali di comunità, non si parla mai esplicitamente di “ospedale”, come ente ontologico come servizio e come istituzione e come funzione. Cioè non esiste nella missione 6 un punto esplicitamente dedicato ai problemi dell’ospedale. L’ospedale è sussunto in modo implicito nelle proposte dedicate alle tecnologie e alle strutture.

Questa scelta, a dir il vero piuttosto discutibile, è stata oggetto di un forum pubblico organizzato dal giornale on line più letto dalla sanità, che è “*Quotidiano sanità*”, al quale hanno partecipato le più importanti società medico-scientifiche, università, esperti, operatori dei servizi ed altri⁸. In primo luogo il forum sulla questione ospedali ha detto con chiarezza che la missione 6:

- stanza finanziamenti inadeguati a risolvere le criticità reali del sistema ospedaliero;
- prevede interventi solo su alcuni aspetti strutturali e nemmeno quelli più rilevanti (metà delle strutture ospedaliere italiane sono state costruite ai primi del Novecento e non sono in grado neppure di ospitare le grandi e più moderne apparecchiature);
- trascura del tutto i suoi cronici problemi funzionali e organizzativi e quelli legati al lavoro professionale;
- ribadisce regolamenti vecchi, inadeguati ad affrontare le sfide del nostro tempo;
- sottovaluta alcuni snodi cruciali riconducibili principalmente ad errate politiche di deospedalizzazione del passato;
- non ha nessun respiro veramente riformatore.

⁸ Il forum si è svolto su “*Quotidiano sanità*” a partire dal primo articolo di apertura del 15 marzo e si è

- Nella missione 6 sull’ospedale riemerge quello che potremmo definire il “paradosso di Veronesi” (Veronesi, Ministro della sanità nel governo Amato dal 2000 al 2001 che, come si ricorderà, commissionò a Renzo Piano il progetto di definire un nuovo modello di ospedale) cioè il paradosso che ritiene che, a “idea” di ospedale invariante, l’ospedale sia riformabile solo come architettura quindi come struttura.

Nella missione 6 le misure previste sull’ospedale, in qualche modo ripropongono il paradosso Veronesi. Esse non a caso si rifanno prevalentemente al “primato della struttura” ma oggi, ripensare l’ospedale, soprattutto dopo la pandemia, è, prima di ogni cosa, una impresa culturale, sociale, scientifica nella quale la “struttura” dell’ospedale non è separabile dalla sua “sovrastruttura” quindi dalla sua organizzazione, dalle sue prassi, delle sue conoscenze scientifiche e dalle sue metodologie.

Che l’impresa del ripensamento dell’ospedale non sia impresa facile lo dimostra, a parte il “paradosso di Veronesi”, la poca innovatività di quella letteratura che va sotto il nome “ospedale del futuro”, le esperienze di riorganizzazione fatte in alcune regioni, il tentativo, per molti discutibile, dell’ospedale ad alta intensità di cura (il toyotismo in luogo del taylorismo), ma, soprattutto, lo dimostra la persistente insolubilità di quei “nodi” ospedalieri mai sciolti” e che sino ad ora nessun architetto, nessun funzionario e soprattutto nessuna politica, è mai riuscito a sciogliere.

Il nodo più significativo che la missione 6 non scioglie si potrebbe esprimere con una equazione: $H=H$.

L’ospedale, se esaminiamo le sue vicissitudini storiche (dalle Ipab alle aziende)

concluso con l’ultimo articolo di chiusura del 26 aprile 2021.



fondamentalmente tende, sia nel secolo precedente che in quello attuale, a restare nonostante i numerosi cambi di gestione quello che è e che è sempre stato “ontologicamente”. Una “idea” sempre identica a se stessa. Cioè H=H. Come a dire che l’ospedale, quale “idea” fino ad ora non ha mai contraddetto le premesse culturali che lo hanno definito e che ne hanno guidato la funzione, l’organizzazione e le prassi.

I decaloghi di principio ai quali si riferiva Veronesi accompagnando la sua nuova idea di struttura architettonica, (umanizzazione, urbanità, socialità, efficacia, interattività appropriatezza, affidabilità, innovazione, ricerca, formazione), in genere non costituendo nessuna vera discontinuità culturale e organizzativa sono un esempio di predicati usati in modo retorico e che per questo confermano un’idea tradizionale di ospedale. Cioè H=H.

Quei predicati, naturalmente tutti condivisibili nei loro specifici significati, per essere veramente agiti avrebbero bisogno non solo di nuove architetture ma soprattutto di nuove “idee” di ospedale quindi di nuove sovrastrutture, nuove organizzazioni e nuove prassi e di nuove epistemologie.

10. H=H cioè il DM 70

Fino ad oggi gli ospedali sono stati disciplinati da un punto di vista organizzativo dalla riforma Mariotti del 1968 incorporata dalla riforma sanitaria del 1978, riforma recentemente ridotta a tipi di parametri invarianti, con un decreto ministeriale, il DM 70.

La missione 6 fedele al criterio apologetico del potenziamento dell’invarianza ha fatto la scelta politica di riconfermare in toto il DM 70 e di riusare questa norma per ridefinire anche dopo una pandemia le dotazioni dell’ospedale.

Il DM 70 è nato nel 2015 dopo una dolorosa storia di “ospedectomia”, cioè di ripetuti tagli al

numero complessivo di posti letto, con lo scopo di contingentare le “dotazioni” dell’ospedale (l’insieme dei mezzi materiali disponibili), e di fatto di definire una idea di “l’ospedale minimo”. La logica alla base del DM 70 e quella classica delle “dotazioni” e il suo principale criterio è quello della “quantità sufficiente e necessaria”:

- “sufficiente” è il parametro che se rispettato da solo garantisce la plausibilità e l’ammissibilità finanziaria del servizio;
- “necessario” è la regola che deriva dal parametro che deve essere soddisfatta affinché sia ammessa qualsiasi prestazione ospedaliera e qualsiasi disciplina medica.

Formalmente, un “ospedale minimo” per il DM 70 è ammesso, cioè finanziabile, solo se relativamente ai propri parametri di riferimento e alle regole conseguenti, è dentro quantità “sufficienti” e “necessarie”.

Il forum, prima richiamato, si è nettamente pronunciato contro la concezione di “ospedale minimo” considerando la logica delle dotazioni, obsoleta nei suoi parametri, con criteri eccessivamente semplificante, ma soprattutto inadeguata a far fronte alle tante e diverse complessità della domanda di salute in gioco. Ne consegue che se ha ragione il forum, nessun ragionevole ripensamento dell’ospedale è ragionevolmente possibile a DM 70 invariante. Perché se il DM 70 è invariante allora H=H.

Infatti il forum chiede senza esitazioni di superare il DM 70.

Oggi, quindi l’errore culturale grave che commette la missione 6 è ribadire attraverso vecchie premesse culturali una vecchia idea di ospedale e questo dopo quello che è accaduto con la pandemia è inaccettabile. La pandemia ha posto la grande questione politica di ridefinire in questa società l’idea di ospedale. Ma la missione 6 fa orecchio da mercante.

Abolire il Dm 70 naturalmente non è una operazione priva di rischi.

Il timore, non del tutto ingiustificato di chi lo difende è che cancellare questa normativa, ci espone al rischio:

- della de-regulation, cioè ad un ritorno indietro
- ad azzerare le politiche di deospedalizzazione fatte sino ad ora
- ad annullare le limitazioni finanziarie imposte all'ospedale
- di riabilitare strutture inutili e pericolose ecc.

I rischi ci sono ma solo a condizione che non si definisca sull'ospedale un programma di ricerca, direbbe Lakatos, progressivo. È chiaro che se il DM 70 fosse semplicemente cancellato senza essere sostituito da una normativa più adeguata e più avanzata, il rischio della deregulation, soprattutto a livello regionale, non può essere escluso. Ma a questo punto è utile far notare la paradossalità che la riconferma del DM 70 da parte della missione 6 rappresenta soprattutto dopo una pandemia:

- siccome per "il riformista che non c'è" di turno è "inconcepibile" un altro genere di ospedale ci dobbiamo tenere l'ospedale che c'è,
- per evitare il rischio della de-regulation, l'ospedale, a premesse invarianti, deve restare fondamentalmente quello che è sempre stato e che sempre sarà. Cioè H=H
- per evitare di aver un sistema ospedaliero sovradimensionato l'ospedale deve essere definito al minimo
- per definire al minimo un ospedale serve definire il territorio cioè l'ospedale è funzione delle case di comunità ecc.

Se partiamo dalle criticità dell'ospedale, dai bisogni reali dei malati, rivelati dalla pandemia il

problema vero non è quello che riferisce la missione 6 ma è quello prima di tutto di:

- liberarci dalle ragnatele della vetustà normativa, ma solo perché essa, rispetto alle criticità, rende impossibile la loro risoluzione,
- definire come ha detto il forum una idea progressiva di ospedale.

11. Cambiare le premesse

Il forum sull'ospedale quindi ha contestato in modo perentorio l'orientamento della missione 6 nel senso che ha posto il problema di uscire dall'invarianza e di discutere di ospedale a partire da un cambio di premesse.

Quasi tutte le proposte emerse dal forum, a ben vedere si costituiscono tutte come cambi di premesse le più importanti, sono le seguenti:

- l'ospedale è un servizio ad alta complessità è sbagliato e pericoloso governare la complessità con logiche verticistiche, monocentriche, riduttive, amministrativistiche, banali. Quindi si distingue "governo" da "amministrazione" e si definisca un governo dell'ospedale partecipato, delegato e diffuso. Se non cambia la premessa del governo, l'ospedale non cambierà.
- Il principale capitale dell'ospedale è il lavoro professionale cioè è il sapere scientifico organizzato con il lavoro e attraverso le prassi applicato alla cura delle malattie. È sbagliato considerare le prassi, come spesa corrente esse andrebbero considerate un investimento esattamente come la scienza e la ricerca scientifica. Investire nel capitale scientifico organizzato per prassi ovviamente al contrario di ciò che pensa qualche sindacato, deve dare delle contropartite cioè deve garantire tanto un guadagno sociale per la collettività quanto un guadagno retributivo per chi lavora. Altra premessa

importante: se non si risolvono i problemi del lavoro in ospedale quindi i profondi squilibri del mercato del lavoro, (specializzazioni, formazione, precarietà, retribuzioni) il suo ripensamento è cosa vana. Come si fa a pensare un nuovo ospedale sulla precarietà ribadendo modi retributivi che prescindono dalle complessità in gioco?

- La base scientifica su cui poggia l'ospedale è la clinica, intesa in tutte le sue articolazioni specialistiche, nessun ospedale può sperare di svilupparsi se non si sviluppano scientificamente le discipline mediche. La clinica al confronto con la complessità del malato ormai non è più riducibile a prestazioni quindi a volumi, o peggio a DRG. Essa è un processo, un'opera non una collezione di atti tecnici. L'ospedale è il luogo dove l'opera clinica si realizza. Tutte le norme volte ad “amministrare la clinica” (legge 229) sono da correggere.
- L'ospedale è una comunità di persone e come tale deve essere organizzata per mezzo di relazioni intersoggettive. Una comunità che si basa su relazioni intersoggettive non è riducibile né a posti letto né a tecnologie e meno che mai a volumi. Ciò che è strumentale alla comunità (ad esempio la tecnologia) non può in nessun modo essere considerato a prescindere dalla comunità.
- L'investimento in tecnologie è indubbiamente necessario. Se le tecnologie sono considerate estensioni della scienza e quindi di chi le usa e se la scienza serve a curare le malattie, allora esse diventano parte integrante del capitale professionale e non possono essere pensate separate da tale capitale.

12. Alla ricerca di un “centro”

«Ma dove sono finiti l'ospedale-centrismo che tutti condannavamo e la centralità del territorio che tutti invocavamo? Non vorrei che la nostalgia per un ospedale “che funziona” ci facesse tornare indietro. Un ospedale che funziona ha bisogno di meno ospedali e più assistenza territoriale. Era vero e continua ad essere vero»⁹.

Questo è un brano tratto da un articolo di un noto esperto di politiche sanitarie certamente un apologeta del DM 70 e quindi delle politiche di deospedalizzazioni fatte negli scorsi anni che è interessante perché descrive la mentalità che c'è dietro la missione 6 a proposito non solo di ospedale ma di rapporto tra ospedale e territorio che resta lo ricordiamo ancora il tema centrale della missione 6.

Se, per “mentalità”, intendiamo, l'insieme dei ragionamenti abituali, che in genere si fanno sull'ospedale, allora il brano citato riesce moto bene a descrivere questa mentalità nel senso che nella missione 6 nonostante una pandemia e nonostante gli ospedali siano andati letteralmente in tilt e si continua a ragionare come se:

- l'unico orizzonte cognitivo fosse l'ospedale-centrismo,
- esistesse una centralità sbagliata, quella dell'ospedale, e una centralità giusta quella del territorio (il territorio-centrismo),
- l'ospedale “minimo” dovesse per legge essere contrapposto a un territorio “massimo”,
- questa “mentalità” fosse “incontrovertibile” cioè vera ieri, vera oggi e vera domani, esattamente come se fosse una legge naturale.

È inutile dire che sono convinzioni tanto rispettabili quanto confutabili. Perfino la fisica ha

⁹ C. M. MAFFEI, *Quale ospedale per l'Italia? Maffei: “DM 70: da correggere, ma indispensabile?”*, in *Quotidiano sanità*, 25 giugno 2021.

rinunciato alla assolutezza delle leggi universali, quanto al centro e al centralismo, con la teoria della complessità, abbiamo capito che non conviene più parlare di un “centro” quando la realtà è complessa. Il malato complesso è tale perché nello stesso momento ha tante priorità di cura cioè tanti centri. Restare nella mentalità del “centralismo” significa restare dentro un caratteristico apparato concettuale che, fatti alla mano, dopo la pandemia, non ha più ragione di essere.

La logica sulla quale si base la “mentalità centralista” e ripresa tale e quale dalla missione 6, ed è quella che potremmo definire delle “priorità competitive” (è più importante il territorio o l’ospedale? E’ meglio avere meno ospedale o più territorio? Serve più assistenza domiciliare o più assistenza ospedaliera? Ecc.).

Per la missione 6, il territorio è evidentemente più importante dell’ospedale, esattamente come nel DM 70, mentre se guardiamo i bisogni reali delle persone, ma soprattutto le complessità in gioco, il territorio è importante almeno *quanto* l’ospedale.

Se, in una pandemia, le priorità di salute sono tante e le mettiamo in una gerarchia (prima/dopo, più importante/meno importante, più urgente/meno urgente, più utile/meno utile, ecc.) qualsiasi priorità perde il suo statuto di priorità. Tutte le priorità, se sono tali, non possono che cooperare in quanto tali e possibilmente tutte insieme. Una priorità è una priorità, cioè qualcosa che ha una precedenza e un grado più alto di importanza.

La “Progressive Patient Care” (PPC) come è noto è una concezione di cura che raggruppa i malati secondo il “grado di complessità” che essi presentano, per poi allocarli nel setting di cura più

appropriato, e quindi trattarli con “programmi” adeguati al grado di complessità.

Ragionare per “gradi complessità” e ragionare per “priorità” e per “centralità” sono due “mentalità” opposte.

Dopo la pandemia non esistono in realtà “priorità sanitarie”, esiste la sanità come “priorità” alla quale deve corrispondere un “programma” che non può non essere una riforma. Purtroppo la missione 6 non è un programma di riforme.

13. Quale è il rischio concreto che si corre?

La pandemia come è noto e come ha ben descritto un altro forum “*Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post Covid*”¹⁰ ha rivelato un sistema ospedaliero del tutto sotto-determinato con una cronica insufficienza di strutture e soprattutto con una preoccupante carenza di posti letto in particolare in certe specialità (rianimazioni terapie intensive).

Se per la missione 6 vale il DM 70 per il quale il territorio è centrale cioè è più importante dell’ospedale e se esso è funzione dell’ospedale cioè concorre a determinare il fabbisogno complessivo di posti letto allora c’è il rischio che con l’introduzione delle case di comunità degli ospedali di comunità si abbia una ulteriore contrazione del numero di posti letto degli ospedali soprattutto di secondo e di terzo livello fatta eccezioni per alcuni reparti come le rianimazioni e le terapie intensive.

Se ciò fosse cadremmo in un tragico paradosso: dopo una pandemia con il mantenimento del DM 70 potremmo avere non più ma meno strutture di ricovero.

¹⁰ *Forum Permanente sul Sistema Sanitario Nazionale nel post Covid*, in <http://salutedomani.com/results/coronavirus>.

14. Le priorità ...un concetto difficile

Nel dibattito su cosa fare in sanità per rispondere alla pandemia non si fa altro che indicare delle “priorità” con la conseguenza inevitabile di dimenticarne sempre qualcuna e quindi di risultare un’operazione discutibile e incompleta.

Per alcuni la priorità è la lotta alle disuguaglianze per altri la prevenzione ecc.

Dopo una pandemia non ha senso, con centinaia di migliaia di morti, ragionare per priorità e meno che mai ha senso ragionare con vecchie priorità per esempio come quella di enfatizzare il territorio come fa la missione 6 e dimenticarsi dell’ospedale.

Si ha bisogno tanto del territorio che dell’ospedale.

Individuare delle priorità, ovviamente, è un importante e utile criterio epistemico che obbedisce a certe regole logiche. Ma esso per essere agito abbisogna, a proposito di epistemologia, di certe garanzie. In clinica, per esempio per un medico, è normale ragionare per priorità. Ma nella clinica l’obiettivo, che il medico sceglie di raggiungere in via prioritaria, non è mai separato dalle condizioni disponibili per il suo raggiungimento. Cioè nella clinica “teleologia” (la logica del raggiungimento dello scopo) e “teleonomia” (la logica della messa in opera del programma) coincidono, vale a dire, che per il clinico “scopo” e “programma”, come per qualsiasi pragmatista sono sempre una cosa sola.

In clinica lo scopo da raggiungere è sempre subordinato ai mezzi disponibili e in nessun caso un obiettivo raggiunto si può misurare in assenza di risultati.

Nella retorica politica della missione 6 “teleologia” e “teleonomia” spesso non coincidono, cioè il raggiungimento dello scopo non è mai garantito dalla messa in opera di un programma (tutti i mezzi culturali disponibili). E meno che mai dal risultato. Dire ad esempio che la lotta alle

disuguaglianze è una priorità, senza un programma riformatore in grado di intervenire su tutte le concause che spiegano le disuguaglianze, (controriforma del titolo V, quota capitaria ponderata, incapacità gestionali, ecc.) è solo retorica e demagogia.

Ma a parte questo, non si deve dimenticare che, per restare al tema delle disuguaglianze, che esse non sono solo l’effetto di politiche allocative ingiuste ma sono anche l’effetto collaterale della degenerazione degli ideali dell’universalismo. Per definire la disuguaglianza effettiva prima si dovrebbe definire l’eguaglianza effettiva.

Ma su questo terreno la missione 6 è completamente assente.

Nella missione 6 di fatto l’universalismo è considerato, come in tutta la nostra normativa “uniformismo”, cioè dare la stessa cosa a tutti secondo dei parametri universali, ma con questa logica è impossibile non avere delle disuguaglianze perché è impossibile che nei parametri di riferimento come sono ad esempio le quote capitarie ponderate gli standard i protocolli “convenzione” e “realtà” siano coincidenti. Le più importanti disuguaglianze in sanità sono gli scarti tra convenzione e realtà. Gli stessi scarti sono alla base delle più importanti regressività funzionali del sistema pubblico. Questi scarti contraddicono l’ideale dell’universalismo. Ma nella missione 6 non si fa una sola parola al problema della quota capitaria ponderata cioè ai meccanismi oggi ancora in uso per allocare per esempio le risorse alle regioni.

La pandemia ha dimostrato quello che già sapevamo vale a dire il peso delle disuguaglianze sociali in tema di salute. Ma nella missione 6 il tema dell’universalismo quindi il tema della sua negazione non è affrontato.

15. Conclusioni

A causa della regressività della missione 6 il rischio grave che la sanità pubblica corre, non nell'immediato, ma nel giro di pochi anni è quello in prospettiva una ulteriore ondata di privatizzazioni.

Senza un "programma progressivo" cioè senza una "politica matura" (direbbe Lakatos) rischiamo di perdere la grande occasione di riforma offertaci dal PNRR per cui rischiamo di sprecare i soldi dell'Europa aumentando i costi complessivi del sistema ma senza risolvere le sue criticità di fondo e senza rimuovere le sue implacabili contraddizioni quindi senza emanciparlo dalla sua cronica regressività.

Se non si mette in campo al più presto una "quarta riforma" è possibile che la questione della sostenibilità e quella della regressività fondendosi creeranno una situazione di ingovernabilità causando a livello di sistema una pesante crescita dei costi e della spesa ma non controbilanciata da una proporzionale crescita dei benefici.

Già ora sembra che il governo si stia preoccupando soprattutto dei problemi futuri di sostenibilità. Esso nel rendere note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica ci ha fatto sapere che è sua intenzione abbassare progressivamente l'incidenza della spesa sanitaria in rapporto al pil. Quindi tornando al definanziamento programmato che si aveva al tempo del governo Renzi¹¹. La tendenza programmata negli anni a venir mira decisamente al ribasso: dal 7,3 del 2020 al 6,7% nel 2022; 6,6% nel 2023 e addirittura 6,3% nel 2024.

Ma abbassare la spesa sanitaria soprattutto dopo una pandemia significa aumentare la regressività del sistema e in funzione di ciò costringere ancora di più la gente a ricorrere al privato.

¹¹ I. CAVICCHI, *La sanità subordinata al pil*, in *Il fatto quotidiano*, 30 settembre 2016.

A questo punto sorgerebbe un gigantesco problema politico: se per problemi di sostenibilità e di regressività la gente sarà costretta in barba ai suoi diritti a comprarsi le prestazioni sanitarie dal privato per quale ragione si dovrebbe mantenere una sanità pubblica?

È presumibile ritenere che in una situazione di avanzata regressività e di insostenibilità della spesa pubblica, la gente che se lo potrà permettere comprerà la sanità più affidabile quella che non se lo potrà permettere regredirà alla carità pubblica.

Dopo la pandemia a causa del carattere fortemente regressivo delle soluzioni approntate dal governo la sanità pubblica per colpa soprattutto del riformatore che non c'è potrebbe ridursi come era agli inizi del 900 ad una ipab cioè ad una istituzione di "Pubblica Assistenza e Beneficenza).

Se si tornasse alle Ipab vuol dire che ci saremmo rimangiati il 900 quindi l'art 32 della Costituzione e il Servizio sanitario nazionale.

E questo non per colpa del proverbiale "destino cinico e baro" ma solo perché la politica non è riuscita a diventare "matura" cioè a riformare la regressività in progressività.

Certo che la possibilità di poter perdere la sanità pubblica per colpa del "riformista che non c'è" è davvero desolante.

La crisi pandemica e prospettive di riforma della sanità pubblica in Spagna*

Francisco Balaguer Callejón

Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad de Granada

Mail: balaguer@ugr.es

1. Il tema degli investimenti nel sistema sanitario spagnolo

I problemi della sanità pubblica in Spagna risalgono alla crisi finanziaria del 2008 e ai tagli ai diritti sociali avvenuti a seguito delle politiche applicate durante la crisi. Invece di intendere l'equilibrio di bilancio come un'opportunità per aumentare le entrate dello Stato combattendo, ad esempio, l'evasione fiscale (che in Spagna era il doppio di quanto richiesto per il salvataggio bancario richiesto all'Unione Europea), si è optato per intenderlo in modo unilaterale e fazioso, limitando la spesa statale in settori particolarmente sensibili come la sanità. La spesa sanitaria pubblica è scesa da 75.527 milioni di euro nel 2009 a 66.481 nel 2013 e a 66.754 nel 2014. Fino al 2018 la spesa sanitaria non ha recuperato i livelli di 10 anni prima¹².

Un'idea di cosa abbiano significato i tagli e il *co-pay* (le quote a carico dei pazienti) di farmaci e dispositivi medici è data dal fatto che i pagamenti diretti hanno raggiunto il 24% della spesa sanitaria totale nel 2017. Si tratta di una percentuale molto alta, che supera di gran lunga la media dell'Unione Europea, che in quell'anno è stata del 16%¹³. I tagli hanno colpito soprattutto i settori più vulnerabili della società, compresi gli immigrati che non hanno visto regolarizzata la

loro situazione amministrativa in Spagna e la cui assistenza sanitaria è stata limitata dal governo del Partito Popolare dal 2012. Una situazione che è durata fino al 2018, quando fu reintrodotta dal governo di coalizione PSOE-Podemos. Tra gli argomenti che furono presentati a suo tempo contro questa limitazione dei diritti all'assistenza sanitaria, possiamo evidenziare i problemi che sarebbero potuti sorgere a svantaggio dell'intera popolazione in caso di pandemia, a causa della loro rilevanza.

Un secondo problema che si è presentato soprattutto in alcune Comunità Autonome (come nel caso di Madrid o della Comunità Valenciana durante il periodo del governo del Partito Popolare) è stata la privatizzazione dell'assistenza sanitaria. La privatizzazione ha indebolito la struttura del sistema sanitario pubblico e soprattutto le cure primarie. Mentre la spesa sanitaria pubblica è diminuita dal 2009, come abbiamo indicato sopra, e non ha raggiunto i livelli pre-crisi fino al 2018, la spesa sanitaria privata non ha mai smesso di crescere durante lo stesso periodo di riferimento. Una crescita sostenuta che l'ha portata dai 24.615 milioni di euro del 2009 ai 32.451 milioni di euro del 2018¹⁴.

La crisi sanitaria ha causato un notevole peggioramento della situazione del sistema sanitario spagnolo. In primo luogo, ciò dipende dal fatto che le risorse si sono dovute concentrare nella lotta alla pandemia, tralasciando l'assistenza sanitaria generale della popolazione. In secondo luogo, perché gli stessi utenti del servizio sanitario pubblico hanno rinviato le proprie cure mediche e ospedaliere per paura di contrarre il virus nei centri sanitari. In ampi settori della

* Traduzione dal castigliano di Giacomo Palombino.

¹² Cfr. <https://bit.ly/3F6v2hT>, e anche, sebbene con dati differenti che però muovono nella medesima direzione: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

¹³ Cfr. Comunicazione della Commissione europea sulla sanità in Spagna, 2019, con i dati del 2017: <https://bit.ly/3yBCsY2>.

¹⁴ <https://es.statista.com/estadisticas/533922/gasto-en-sanidad-en-espana-por-sector/>.

popolazione spagnola, l'assistenza sanitaria è stata sospesa durante l'ultimo anno e mezzo. In terzo luogo, la stessa situazione sanitaria della popolazione è peggiorata in termini generali, non solo per questi motivi ma anche perché i confinamenti e, in generale, la minore attività fisica derivata dalle nuove forme di lavoro virtuale o dalle difficoltà a svolgere una vita normale, hanno provocato un generale peggioramento delle condizioni di salute. Un'attenzione particolare merita la salute mentale, che è stata oggetto del dibattito pubblico e politico in quanto conseguenza dei danni provocati dalla pandemia in questo ambito. Un ambito, del resto, cui la scarsa assistenza sanitaria nel settore pubblico è stata una costante e che ora mostra la sua incapacità di far fronte alla gravità dei problemi posti dalla pandemia.

Poiché il sistema sanitario dipende dai finanziamenti, il primo passo da compiere è aumentare gli investimenti nella sanità. Va tenuto presente che la spesa sanitaria pro capite in Spagna è di oltre il 15% inferiore alla media UE¹⁵. La spesa sanitaria pro capite nel 2017 ha raggiunto i 2.371 euro (corretta per il potere d'acquisto), oltre il 15% al di sotto della media UE di 2.884 euro. Si tratta dell'8,9% del PIL, al di sotto della media UE del 9,8%. Allo stesso modo, va evidenziato che la spesa sanitaria pubblica ha rappresentato il 71% di tutta la spesa sanitaria nel 2017, al di sotto della media UE, che è del 79%.

Come dato positivo, va ricordato, tuttavia, che la speranza di vita in Spagna è la più alta dell'Unione Europea (seguita, al secondo posto, dall'Italia, secondo i dati del 2017). Ma questo dato positivo comporta anche maggiori esigenze

sanitarie derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione. Non possiamo dimenticare che questo fattore è stato anche determinante nel tasso di mortalità derivato dalla pandemia sia in Spagna che in Italia, soprattutto per quanto riguarda le case di cura. Anche l'assistenza sanitaria agli anziani e l'organizzazione di queste case di cura dovrebbero essere un fattore di cui tenere conto nelle future riforme.

Per quanto riguarda le aree da rafforzare negli investimenti sanitari, considerato che questo investimento è stato negli ultimi tempi orientato verso le strutture ospedaliere, a discapito delle cure primarie¹⁶, sarebbe necessario rafforzare quest'ultimo, che si è rivelato essenziale nella lotta alla pandemia. Un'altra questione importante è quella di porre fine all'eccessiva occupazione temporanea nell'assistenza sanitaria pubblica e rafforzare il personale infermieristico, che, a differenza dei medici, è al di sotto della media UE¹⁷.

Per quanto riguarda l'assistenza primaria, assolutamente fondamentale per le esigenze di riforma del sistema, le difficoltà si stanno già manifestando in alcune Comunità Autonome. È il caso della Comunità di Madrid, che, secondo le informazioni del quotidiano *El País* del 12 ottobre 2021, pur assumendo 264 medici di famiglia nel giro di due anni, nei prossimi cinque anni affronterà il pensionamento di 1.250 professionisti. Inoltre, tenendo conto che Madrid ha 4.036 specialisti in materia di assistenza primaria, per raggiungere la media spagnola di 7,6 ogni 10.000 abitanti, dovrebbe assumere 1.096 medici. In generale, si ritiene che le cure primarie dovrebbero raggiungere il 25% della spesa sanitaria ma

¹⁵ Cfr. rapporto della Commissione europea sulla salute in Spagna, 2019, con dati del 2017: <https://bit.ly/3GNnocl>.

¹⁶ I servizi ospedalieri e specialistici hanno rappresentato il 62,2 per cento della spesa totale consolidata

nel 2019: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

¹⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf.

nessuna Comunità Autonoma raggiunge questo livello, essendo quella che si avvicina di più all’Andalusia, con il 18%, mentre Madrid raggiunge solo l’11,2%, con i dati del 2019¹⁸.

2. La pandemia tra Stato e *Comunidades Autónomas*

Nell’ordinamento spagnolo, la ripartizione delle competenze tra Stato e Comunità Autonome attribuisce allo Stato competenze esclusive in materia di Sanità esterna, nonché poteri per stabilire le norme di base in materia sanitaria e per il coordinamento generale della sanità. Da parte loro, le Comunità Autonome (CCAA) possono assumere i poteri di sviluppo normativo della legislazione statale e di gestione della salute. Dal mio punto di vista, i problemi che la pandemia ha posto nel coordinamento tra Stato e Comunità Autonome non si sono sostanzialmente verificati in relazione alla gestione sanitaria della crisi. Dopo un primo periodo di accentramento delle funzioni durante la vigenza del primo stato di allarme, è stato messo in funzione un sistema di “co-governance” che, al di là delle critiche dottrinali ricevute per la sua complicata articolazione giuridica, è stato efficace in termini generali, soprattutto per quanto riguarda il processo di vaccinazione, un successo evidente se lo confrontiamo con altri paesi.

Il vero problema è che gran parte delle questioni all’attenzione pubblica durante la crisi non hanno nulla a che fare con la gestione sanitaria e, quindi, con i poteri autonomici. Come si è visto fin dall’inizio, quando ha cominciato a rivelarsi la gravità della crisi sanitaria, la soluzione alla pandemia è avvenuta:

- attraverso una logistica specifica, tipica di un’economia di guerra, con l’orientamento

di una parte della produzione industriale verso la fabbricazione in serie di strumenti sanitari essenziali, dai test di rilevazione dei virus ai respiratori, passando per mascherine e altri mezzi di protezione. Questa non è una mera competenza in materia di gestione della salute.

- Attraverso una logistica specifica anche il mantenimento della produzione di beni di prima necessità e la fornitura di servizi essenziali, tenuto conto della portata dei confinamenti che si sono resi necessari, fino a quando non sono stati disponibili i mezzi per contenere la diffusione del virus e ridurre il sovraccarico ospedaliero. Anche questa non è una mera competenza in materia di gestione della salute.
- Attraverso un’organizzazione economica e di bilancio nel quadro dell’Unione Europea che, con il sostegno europeo (come quello finalmente ottenuto attraverso il Recovery Plan), permette di affrontare la crisi economica derivata dalla pandemia. Questa disposizione è stata condizionata in ogni momento dalle misure adottate per combattere la pandemia, in quanto l’entità della crisi economica dipende anche dall’efficacia di queste misure. Pertanto, sarebbe stato più che ragionevole che entrambe le politiche, quella sanitaria per combattere la pandemia e quella economica per combattere la crisi, fossero state concentrate o, quanto meno, efficacemente coordinate. Anche questa non è una mera competenza in materia di gestione della salute;
- Attraverso una serie di misure con impatto diretto sui diritti fondamentali delle persone, che interessano tutte le sfere della

¹⁸ Cfr. I.VALDÉS, *La atención primaria no mejorará a corto ni a medio plazo, reconoce un documento interno de Sanidad*, in *El País*, 12/10/2021.

vita: confinamento, coprifuoco, restrizioni al movimento, obbligo di indossare mascherine, tra gli altri. Anche questa non è una mera competenza in materia di gestione della salute.

È mancata e manca, insomma, una reale percezione della portata della pandemia, che è stata slegata dalla sua origine sanitaria e che per affrontarla va combattuta in tutti gli ambiti dell'azione pubblica. Allo stesso tempo, nella sua dimensione sanitaria, la limitata competenza sulla gestione sanitaria ha finito per attrarre nella sfera delle Comunità Autonome la capacità di decidere su gran parte delle misure necessarie per combattere la pandemia e che esulano dalla gestione sanitaria ma rientrano nei poteri costituzionalmente spettanti allo Stato. Uno Stato che, peraltro, non era dotato di una struttura amministrativa adatta a far fronte ai gravi problemi derivati dalla pandemia. In ogni caso, sarebbe stata necessaria un'azione maggiormente coordinata tra Stato e Comunità Autonome al di là della mera gestione sanitaria.

Per quanto riguarda il futuro, alcuni dei problemi emersi nella gestione condivisa della crisi tra Stato e Comunità Autonome possono essere affrontati con una riforma della legislazione sanitaria e anche con la riforma della legislazione di emergenza sviluppata nella cornice dell'ordinamento costituzionale nel 1981, quando lo Stato autonomo non era ancora stato sviluppato. La realtà dello Stato autonomo non si riflette in quella legislazione e fin dall'inizio questo è stato un freno per affrontare adeguatamente la crisi sanitaria. Il peso politico e di competenza delle Comunità Autonome¹⁹ deve essere riconosciuto al di là della gestione sanitaria, rendendo

¹⁹ Che rappresentano il 93% della spesa sanitaria totale, stando ai dati del 2019:

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

possibile un coordinamento dei diversi aspetti della crisi anche quando i poteri sono statali. Una risposta centralizzata deve essere totalmente esclusa per essere efficace, con la partecipazione di spicco delle Comunità Autonome, come è avvenuto in Germania con i *Länder*, che si sono coordinati armoniosamente tra loro e con il livello federale.

In Spagna manca anche una cultura del coordinamento orizzontale tra Comunità Autonome che sarebbe stata molto utile per gestire al meglio la pandemia. Allo stesso tempo, c'è un'eccessiva interferenza del pluralismo politico sul pluralismo territoriale, che ha portato alcune Comunità Autonome a servirsi della gestione della pandemia attraverso un chiaro interesse di parte nel confronto con il governo dello Stato. Molto positivo sarebbe anche lo sviluppo di una cultura politica meno dipendente dalle pressioni partitiche, anche se bisogna sottolineare che, fortunatamente, in termini generali c'è stata un'attuazione responsabile da parte dei vertici delle Comunità Autonome.

In ogni caso, le proposte di riforma in corso includono la necessità di una maggiore collaborazione tra le diverse istanze e quindi, nel Parere della Commissione per la ricostruzione sociale ed economica del Congresso dei Deputati, approvato con l'ampio consenso dall'assemblea plenaria del Congresso il 29 luglio 2020²⁰ si fa riferimento alla necessità di «rediseñar una nueva arquitectura institucional para el conjunto del Sistema Nacional de Salud basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las comunidades autónomas entre sí y con el Ministerio de Sanidad» che implica, tra l'altro, «repensar la institucionalidad actual del Consejo Interterritorial

²⁰ https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf.

del Sistema Nacional de Salud para dotarle de capacidades adicionales como órgano colegiado del nuevo cogobierno de la sanidad española, de modo que pueda impulsar eficazmente la cooperación y la coordinación de las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas y los Servicios Autonómicos de Salud entre sí y con el Ministerio de Sanidad, en un escenario de colaboración interinstitucional y lealtad renovadas entre las administraciones sanitarias españolas».

3. Il Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia in Spagna: il Sistema Sanitario Nazionale

Risulta necessaria una prima riflessione sulla diversità di livelli che devono intervenire in una crisi sanitaria come quella che abbiamo vissuto e continuiamo a vivere. Se in futuro si dovesse ripresentare una situazione di estrema gravità in cui salvare la vita e la salute delle persone e dovrà essersi sin dall’inizio coerenza e unità di azione in sfere che caratterizzano maggiormente un’economia di guerra che quelli di mera gestione della salute, si dovrà dare la priorità ai livelli più alti di governo. Fermo restando che il livello internazionale avrebbe dovuto funzionare meglio e bisognerà pensare a future riforme a quel livello che rafforzino l’OMS e coinvolgano più attori, la verità è che il livello prioritario avrebbe dovuto essere quello europeo, come è successo con i vaccini, che alla fine si è rivelato un successo nonostante le critiche iniziali. A tal proposito, se si tiene conto dei limiti di competenza con cui opera, le iniziative che la Commissione Europea sta sviluppando, dopo la prima fase di confusione, sembrano del tutto ragionevoli, soprattutto per quanto riguarda la promozione di una “Unione Sanitaria Europea” e la

necessità di affrontare anche future riforme a livello europeo.

Per quanto riguarda la Spagna, il Piano di Recupero, Trasformazione e Resilienza²¹ ha inserito tra i suoi obiettivi il “rinnovamento ed espansione delle capacità del Sistema Sanitario Nazionale” con sei aree di investimento a cui saranno destinati 1.069.000.000 di euro. Queste sei aree sono le seguenti: investimenti in attrezzature ad alta tecnologia, azioni per rafforzare la prevenzione e la promozione della salute, aumento delle capacità di risposta alle crisi sanitarie, formazione degli operatori sanitari e risorse per condividere le conoscenze, razionalizzazione del consumo di prodotti farmaceutici e promozione sostenibilità e, infine, *data lake* sanitari.

Lo scopo di questo investimento è rendere possibili le previste riforme del sistema sanitario, che sono le seguenti: rafforzamento delle cure primarie e di comunità, riforma del sistema sanitario pubblico, consolidamento della coesione, equità e universalità, rafforzamento delle capacità professionali e riduzione del lavoro interinale e, infine, la riforma della regolamentazione dei medicinali e dei prodotti sanitari e il miglioramento dell’accesso ai medicinali. L’investimento non proverrà solo dal Meccanismo di Recupero e Resilienza, ma è previsto anche un finanziamento a carico del bilancio nazionale. Riguardo a quest’ultimo, nel Piano è indicato che la complementarità sarà assicurata in ogni caso specifico, assicurando che ogni strumento copra costi diversi, evitando sempre sovrapposizioni o duplicazioni.

Le riforme previste sono state precedentemente deliberate dal Congresso dei Deputati, con un ampio sostegno del 70% dei parlamentari. Allo stesso modo, è stato raggiunto il consenso con le

²¹ <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021Componente18pdf>.

Comunità Autonome nel Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale, che ha approvato il 21 aprile del 2021, un rapporto su tutte le riforme e gli investimenti previsti. Inoltre, le Comunità Autonome parteciperanno all'attuazione delle riforme, anche considerato che non potrebbe essere diversamente, tenuto conto delle loro competenze in materia e dell'elevato peso che hanno nella spesa sanitaria che, come già indicato, è il 93% del totale, stando ai dati del 2019. D'altra parte, nel Piano è anche indicato che le riforme e gli investimenti consentiranno alla Spagna di contribuire attivamente alla costruzione dell'Unione europea della Sanità.

Tra gli obiettivi del piano c'è la promozione della parità di genere, con diverse azioni come la prospettiva di genere nelle politiche sanitarie, la salute sessuale nel contesto integrato della salute pubblica e azioni preventive specifiche in materia di cancro e formazione sul tema della violenza di genere. Il Piano indica che il 72,1% delle persone che lavorano nel settore sanitario in Spagna sono donne, quindi saranno le principali destinatarie delle misure rivolte a questo gruppo professionale. Allo stesso modo, viene prestata particolare attenzione ai servizi sanitari nelle aree rurali e a bassa densità di popolazione.

Per quanto riguarda le cure primarie, considerate "la spina dorsale del sistema sanitario spagnolo", la riforma mira a sviluppare e attuare il *Marco Estratégico para el refuerzo de la atención primaria y comunitaria* approvato dal Governo Centrale e dalle Comunità Autonome nel 2019, con un'ampia serie di linee di azione, tra le quali si possono evidenziare le seguenti: riorientare il sistema verso un'assistenza personalizzata centrata sul paziente, migliorare la capacità di risoluzione delle cure primarie ed evitare inutili ricoveri ospedalieri, migliorare la completezza delle cure, migliorare l'accessibilità alle cure primarie e ridurre i ritardi, attuare strategie di salute

pubblica, in particolare quelle relative alla promozione della salute e alle cure croniche, e promuovere la ricerca e l'innovazione nelle cure primarie, nonché miglioramenti nelle TIC e nei sistemi informativi, come il sostegno diretto alla gestione clinica e la misurazione dei risultati clinici e sanitari.

Tutte queste azioni non implicano una valutazione iniziale negativa della situazione attuale delle cure primarie, tenuto conto che queste ultime sono fornite attraverso 13.000 centri sanitari che effettuano 364 milioni di visite e 29 milioni di emergenze e che, ipotizzando che queste corrispondano al 15% della spesa sanitaria, consente di risolvere l'85% dell'incidenza complessiva. L'assistenza primaria in Spagna gode di una buona posizione sul piano internazionale, come indicato nel Piano, e il livello di soddisfazione degli utenti è elevato, con un punteggio di 7,3 su 10 rispetto al 6,6 per l'intero sistema sanitario. Tuttavia, si riconosce anche l'effetto negativo che la crisi sanitaria ha avuto sull'erogazione delle cure e sul finanziamento delle cure primarie negli ultimi anni. D'altra parte si segnala anche il mancato adattamento alle nuove realtà e ai problemi di salute emergenti, nonché la necessità di offrire servizi più completi e personalizzati e di promuovere un maggiore coordinamento tra cure primarie e ospedaliere.

Le riforme dovrebbero avvenire tra il 2021 e il 2023. Saranno suddivise in quattro fasi: 1-Preparazione di un Piano d'Azione che specifichi il Quadro Strategico 2019, con linee e azioni specifiche da sviluppare nelle Comunità Autonome. 2-Progetti delle Comunità Autonome. 3-Distribuzione dei fondi. 4- Attuazione di riforme e investimenti in ciascuna Comunità Autonoma. Il monitoraggio dell'intero processo sarà svolto congiuntamente tra il Ministero della Salute e le Comunità Autonome nell'ambito del Comitato Istituzionale e

Tecnico del Quadro Strategico e del Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale.

Uno dei problemi emersi durante la pandemia è stata la debolezza dell'amministrazione statale a far fronte alle esigenze di azione centrale. Per correggere questa carenza, verrà creato un Centro statale di sanità pubblica e sarà prevista una strategia di sanità pubblica spagnola. Per quanto riguarda quest'ultimo, si afferma che «se orientará al conjunto de la sociedad y establecerá las líneas estratégicas sobre las actuaciones de salud pública en toda España de manera consensuada. Asegurará que la salud y la equidad en salud se consideren en todas las políticas públicas y facilitará la acción intersectorial en esta materia. Dará coherencia y será el soporte del conjunto de estrategias sectoriales». La Strategia sarà concordata con le Comunità Autonome, così come sarà approvata con Accordo del Consiglio Interterritoriale del Sistema Sanitario Nazionale. Durerà cinque anni e sarà valutata ogni due anni.

Dal canto suo, il Centro statale per la sanità pubblica parte da un nuovo approccio, secondo il quale «es preciso avanzar hacia una concepción integral, que no sólo trabaje en vigilancia epidemiológica y respuesta ante amenazas, sino que también lo haga para fortalecer la vertiente preventiva y de promoción de la salud general de la población. Que no se centre sólo en riesgos epidemiológicos por enfermedades transmisibles, sino que lo haga en riesgos generales para la salud y también en enfermedades no transmisibles». Questo nuovo Centro avrà autonomia funzionale, sebbene sarà collegato al Ministero della Salute e garantirà e rafforzerà il coordinamento operativo con le istituzioni sanitarie pubbliche delle Comunità Autonome, che saranno rappresentate nei loro organi di governo. Sarà anche il punto di contatto con i centri e le istituzioni dell'Unione Europea e con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Come può osservarsi, i fondi europei apporteranno miglioramenti in alcune delle aree indicate e in molte altre che per ragioni di spazio non possono essere qui menzionate. Il punto di partenza, però, è quello di un sistema sanitario pubblico duramente colpito dalla mancanza di investimenti, conseguenza della recente crisi finanziaria e delle privatizzazioni incontrollate operate in alcune Comunità Autonome. In particolare, come si è visto in precedenza, le cure primarie, che dovrebbero essere il centro di articolazione dell'intero sistema, hanno bisogno di essere fatte oggetto di un'attenzione urgente e continuativa nel tempo.

Le système de santé français à l'épreuve de la pandémie

Michel Borgetto

Professeur émérite de l'Université Panthéon-Assas (Paris 2)

Mail: michel.borgetto@orange.fr

1. Les réformes rendues nécessaires par la crise sanitaire

C'est bien évidemment à la lumière des faiblesses et dysfonctionnements du système de santé français révélés par la crise sanitaire qu'il est possible d'identifier la nature des réformes à entreprendre et/ou à poursuivre.

Cette crise¹ a tout d'abord fait ressortir la situation dégradée dans laquelle se trouvaient début 2020 le système hospitalier dans son ensemble et, en particulier, les établissements publics de santé: soumis depuis plusieurs décennies à une logique managériale de la performance (*new public management*) visant à réduire les coûts *via* notamment la diminution des effectifs, la fermeture et/ou le regroupement de certains établissements, l'instauration d'un nouveau mode de financement (la tarification à l'activité/T2A), les hôpitaux ont éprouvé de graves difficultés pour faire face à l'afflux considérable de patients consécutif à la pandémie². Fragilisés de surcroît par un mouvement social d'ampleur survenu un an plus tôt (grève des infirmières et des internes, démission de nombreux chefs de service...), ils ne sont parvenus à remplir leur mission que grâce à

la fois à une mesure radicale (le confinement général de la population), à un effort financier considérable consenti pour que chacun puisse accéder aux soins (en 2020, 18,3 Mds€ de dépenses exceptionnelles pour répondre à la crise; en 2021: 14,8 Mds€)³, à la mobilisation et au dévouement exceptionnel des personnels soignants et à l'adoption de mesures d'urgence décidées au jour le jour (transfert de malades, déprogrammation d'interventions, conversion de lits...).

Mais la crise a fait ressortir, également, le grave état d'impréparation dans lequel se trouvait en 2020 l'ensemble du système: état d'impréparation dont témoignent aussi bien l'absence criante de réflexion sur la stratégie à mettre en place en cas de risque épidémique de grande ampleur (aucun plan d'urgence n'avait été élaboré bien que la survenance de ce risque fût devenue de moins en moins improbable) que la faiblesse des moyens susceptibles d'être mobilisés en cas de besoin: insuffisance du nombre de lits de réanimation, défaut de masques, pénurie de tests, manque de certains équipements et produits sanitaires, déficit de personnels formés aux techniques de réanimation...

Si l'on ajoute à ce constat la situation préoccupante dans laquelle se trouvaient de nombreux établissements médico-sociaux, en particulier les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec des personnels mal rémunérés, en nombre insuffisant, au

¹ Sur ce point, v. notamment DIVERS, *La crise sanitaire*, in *Revue de droit sanitaire et social*, (n. spécial), 5, 2020; J. SAISON, *Le système de santé à l'épreuve de l'urgence sanitaire*, in *Actualité juridique. Droit administratif*, 2020, 1698 s.; D. TRUCHET, *Avant l'état d'urgence sanitaire: premières questions, premières réponses*, in *Revue française de droit administratif*, 2020, 597 s.; J.M. PONTIER, *Crise sanitaire et droit à la santé*, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2021, 661 s.

² Sur ce point, v. notamment DIVERS, *L'administration hospitalière: réformes permanentes et crises sans fin*, in *Revue française d'administration publique*, 174, 2020.

³ Sur ce point, v. notamment M. COLLET, *Les mesures budgétaires et financières*, in *Revue française de droit administratif*, 2020, 615; V. VIOUJAS, *Le financement des établissements de santé, «quoi qu'il en coûte»*, in *Revue générale de droit médical*, 76, 2020, 83 s.

bord de l'épuisement, on perçoit mieux à la fois les raisons pour lesquelles la pandémie a frappé aussi durement le pays mais aussi les principales voies devant être empruntées pour renforcer et améliorer le système de santé.

Ces voies, désormais bien identifiées, exigent en l'occurrence une véritable remise à plat du système: ce qui passe notamment par une évaluation rigoureuse des effets – positifs mais surtout négatifs – induits par la tarification à l'activité (T2A)⁴, par des rémunérations garantissant une attractivité minimale des carrières, par le recrutement de personnels supplémentaires afin d'améliorer la qualité du service et des prestations, par une politique volontariste de prévention, ou encore – pour ne s'en tenir qu'à ces quelques exemples – par une gouvernance hospitalière laissant plus de place au corps médical. Bref: ce qui passe par une politique qui, tirant toutes les leçons des dérives gestionnaires, technocratiques et libérales observées depuis plusieurs décennies, pourra assurer une protection concrète et effective, au profit de tous, du droit à la santé.

Certaines de ces voies ont commencé à être empruntées par les pouvoirs publics: fin 2020, ces derniers se sont en effet engagés, dans le cadre d'une concertation dénommée «Ségur de la santé», à revaloriser les salaires des 400 000 aides-soignants des établissements de santé et des EHPAD, à recruter à brève échéance 15 000 soignants supplémentaires dans les structures de santé, à améliorer les conditions de travail des intéressés, à renforcer la place des professions de santé dans la gouvernance de l'hôpital (ce qui a été entrepris par l'ordonnance n°2021-291 du

17 mars 2021 «relative à la médicalisation des décisions à l'hôpital» et la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 «visant à améliorer le système de santé»), à réduire la part de la T2A dans le financement de l'hôpital, à favoriser le rôle de la télé-médecine dans l'organisation des soins.

Mais le chantier est vaste et demandera de toute évidence plusieurs années d'efforts et d'investissements. En toute hypothèse, une chose est sûre: tout tend désormais à démontrer non seulement que les épisodes pandémiques (Ebola, Zika, H1 N1, Covid 19...) risquent de faire plus ou moins partie, à l'avenir, de notre univers quotidien mais encore que d'autres crises (climatiques, environnementales, etc.) ne manqueront pas, elles aussi, de survenir dans les années qui viennent. C'est dire qu'il est plus que temps que l'ensemble de notre système de protection sociale en général, de notre système de santé en particulier s'adapte à la nouvelle donne en s'attachant non plus seulement à réparer mais aussi – et ce, de plus en plus – à prévenir.

2. La question de la coordination entre Etat central et collectivités territoriales

Contrairement à d'autres pays européens voisins comme l'Italie ou l'Espagne – pays dans lesquels les collectivités territoriales et, au premier chef, les régions, disposent de compétences importantes en matière de santé –, la France se caractérise par la prééminence incontestable reconnue à l'Etat en matière de santé⁵.

Certes, ce constat ne saurait conduire ici ni à sous-estimer ni, *a fortiori*, à ignorer le rôle joué par les collectivités locales: qu'il s'agisse des communes, lesquelles voient leur exécutif (le

⁴ Sur ce point, v. notamment V. VIOUJAS, *La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche*, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2020, 524 s.

⁵ Sur ce point, v. notamment J. CHEVALLIER, *L'Etat à l'épreuve du coronavirus*, in *Pouvoirs*, 177, 2021, 109;

v. aussi T. DAL FARRA, *La responsabilité de l'Etat et de ses représentants dans la gestion de l'épidémie de covid-19*, in *Actualité juridique. Droit administratif*, 2020, 1463 s.; R. GAY, M. STEFFEN, *Une gestion étatique centralisée et désordonnée*, in *Chronique internationale de l'IREs*, 171, 2020, 122 et s.

maire) exercer un pouvoir de police générale de la salubrité tout en assumant une mission d'alerte et d'information sur la situation sanitaire qui prévaut sur le territoire communal; qu'il s'agisse des départements, lesquels sont en charge – outre des vaccinations obligatoires et des services de protection maternelle et infantile – de la gestion de nombreux EHPAD; ou qu'il s'agisse encore des régions, lesquelles doivent assumer notamment des actions d'information, de prévention, et de formation professionnelle (aides-soignants, cadres de santé, etc.)⁶.

Mais s'il est clair que les collectivités locales disposent de diverses compétences grâce auxquelles elles sont en capacité d'intervenir plus ou moins activement dans le champ de la santé et, le cas échéant, dans la gestion d'un épisode pandémique, il reste que c'est l'État qui joue ici – et, en l'occurrence, a joué tout au long de la crise du Covid – le premier rôle. Ce dont on ne saurait véritablement s'étonner lorsqu'on sait que ce rôle est affirmé avec force par les textes: l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique indiquant expressément que «la politique de santé relève de la responsabilité de l'État».

Sans doute, cette prééminence suscite-t-elle, à l'occasion, quelques réserves ou critiques: le caractère fortement centralisé du système de santé générant, à en croire certains, divers blocages, lenteurs ou dysfonctionnements liés notamment à une concertation insuffisante avec les différents acteurs concernés s'agissant de l'élaboration des décisions ou encore à une coordination défaillante entre ces acteurs (Etat et collectivités locales, préfets et directeurs des agences régionales de santé, hôpitaux publics et

cliniques privées...) s'agissant de l'application de ces mêmes décisions.

Pour autant, deux facteurs permettent à la fois d'expliquer et, selon nous, de justifier cette prééminence. Le premier facteur, de valeur explicative, est d'ordre historique: c'est le fait que depuis plus de deux siècles les questions de santé font partie intégrante des compétences de l'Etat, celui-ci s'étant vu confier, dès la Révolution (décret du 28 juin 1793), la charge de poser les bases d'un système de santé offrant gratuitement des soins aux populations les plus démunies avant de voir ses missions progressivement élargies au cours des siècles suivants (lutte contre les épidémies, etc.). Le second facteur, de valeur justificative, est d'ordre politico-juridique: c'est le fait que l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 érige la protection de la santé au rang d'obligation nationale puisqu'il prévoit que la Nation «garantit à tous [...] la protection de la santé». Aussi, est-ce tout naturellement à l'Etat qu'incombe la charge d'acquiescer cette obligation, en veillant à ce que soit assurée sur l'ensemble du territoire national l'égalité de tous devant le service de santé: ce que l'article L. 1411-4 du Code de la santé publique énonce, là encore, expressément en précisant que la politique de santé a notamment pour objectif d'«assurer la réduction des inégalités sociales et territoriales» ainsi que «l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins».

Si l'on ajoute à ce constat la part importante et croissante que représentent les crédits publics dans le financement du système de santé – part qui milite à l'évidence en faveur d'une centralisation sanitaire –, on comprendra aisément

⁶ Sur ces points, v. notamment DIVERS, *Gérer localement la crise du Covid-19*, in *Revue française d'administration publique*, 176, 2020; O. RENAUDIE, *La police administrative aux temps du Coronavirus*, in *Actualité juridique. Droit administratif*, 2020, 1704 ; B. FAURE,

Théorie et pratique des compétences des collectivités territoriales face à la crise sanitaire, in *Actualité juridique. Droit administratif*, 2020, 1727 s.; C. ZACHARIE, *Le maire et la santé publique*, in *Revue de droit sanitaire et social*, 2021, 477 s.

pourquoi et comment l’Etat occupe une place éminente tant dans l’organisation que dans le fonctionnement du système de santé.

Si elle permet donc d’assurer un minimum d’égalité tant dans l’accès aux soins que dans la fourniture de soins, cette place éminente ne signifie nullement, au demeurant, que les différences et disparités existant d’un territoire à l’autre ne soient pas prises en compte ; en effet, à défaut d’être *décentralisé*, le système français de santé se trouve à tout le moins fortement *territorialisé*, c’est-à-dire adapté aux spécificités des territoires: chacun d’eux appelant un traitement différencié en fonction d’un certain nombre de facteurs structurants (besoins de santé, offre sanitaire, démographie, prévalence ou non de certaines maladies...).

Au cœur de cette territorialisation, figurent les agences régionales de santé (ARS): celles-ci ayant notamment pour mission, d’une part de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie sur le plan national «en tenant compte des particularités de chaque région», d’autre part de «réguler, d’orienter et d’organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l’offre de services de santé de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l’efficacité du système de santé» (Code de la santé publique, art. L. 1431-2).

Or, si elles ont été parfois en butte aux critiques, notamment de la part d’élus locaux dénonçant la faiblesse de leurs compétences en matière sanitaire, les ARS ont sans conteste joué un rôle décisif dans la gestion de la pandémie: le fait qu’elles soient chargées, par les textes, de «contribuer à l’organisation des réponses visant à faire face aux urgences sanitaires et à la gestion

des situations de crise sanitaire» les ayant conduites à assurer une coordination globalement efficace des différents acteurs du système de santé, coordination qu’il aurait sans doute été impossible, sans elles, de mettre en place.

3. Les moyens permettant d’atteindre un «haut degré de protection de la santé humaine»

A l’heure actuelle, il n’existe pas de données chiffrées indiquant avec précision l’affectation des crédits issus de la Commission européenne en vue d’atteindre un «haut degré de protection de la santé humaine»: dès lors, il est difficile de faire état avec certitude de l’usage qui sera fait de ces crédits.

En revanche, la lecture du Projet de loi de financement de la sécurité sociale devant être discuté début octobre en Conseil des ministres permet d’entrevoir quelles sont les principales orientations qui ont été retenues par le Gouvernement pour améliorer et moderniser le système de santé.

Pour 2022, les dépenses de l’assurance-maladie sont estimées à 237,1 Mds€, ce qui représente une augmentation de 8,4 Mds€ (hors dépenses liées à la crise sanitaire) par rapport à 2021 et de 28,8 Mds€ par rapport à 2019: ce qui témoigne incontestablement de la poursuite des efforts consentis par les gouvernants pour améliorer et moderniser le système de santé.

De manière plus précise, il convient de noter qu’un soutien financier renforcé sera apporté aux établissements de santé⁷: en 2022, 95,3 Mds€ leur seront affectés dont 3,7 Mds€ de financements nouveaux. Sur cette somme, 12,5 Mds€ seront consacrés à la mise en œuvre des mesures décidées dans le cadre du «Ségur de la santé»; ainsi, 2 Mds€ supplémentaires seront affectés à la revalorisation des métiers de la santé

⁷ Sur ce point, v. notamment DIVERS, Demain, quel hôpital public?, *Les tribunes de la santé*, 69, 2021, 5 et s.

(1,36 Md€) et du médico-social (660 millions, principalement les EHPAD): si bien qu'au total, ce sont près de 10 Mds€ qui auront été affectés de 2020 à 2022 aux revalorisations salariales (dont 2,8 Mds€ pour le secteur médico-social).

Autre dépense nouvelle prévue par le projet de loi: le développement du numérique tant dans le secteur de la santé que dans le secteur du médico-social; en effet, 740 millions lui seront consacrés en 2022, ce qui représente un total de 2 Mds€ pour la période 2021-2025; à ceci, s'ajoutent diverses autres mesures visant par exemple à faciliter la prise en charge par l'assurance maladie des activités de télésurveillance des patients, à favoriser l'accès des médicaments et dispositifs médicaux onéreux à l'hôpital, etc.

Enfin, on soulignera que les pouvoirs publics ont tiré les leçons de l'état d'impréparation dans lequel s'est trouvé en 2020 le système national de santé; soucieux de ne pas être de nouveau confrontés à de graves pénuries en cas de résurgence de la pandémie, ils ont prévu de constituer une provision de près de 5 Mds€ pour 2022 afin de procéder notamment à l'achat de vaccins, de tests, de masques : provision qui, s'ajoutant aux 14,8 Mds€ de dépenses exceptionnelles effectuées en 2021 pour faire face à la crise, devrait en principe permettre au système de santé d'affronter de manière beaucoup plus efficace un nouvel épisode pandémique.