

Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli

Un Libro Bianco, frutto di un lavoro scientifico collettivo di una *task force* composta da una ventina di sociologi della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia.

Un Libro Bianco come strumento per comprendere la configurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano nel momento in cui si è trovato a fare i conti con la pandemia da Covid-19 e, dall'altro, indicare alcune linee di azione per aumentarne la resilienza e la capacità di risposta ai bisogni emergenti di salute in tempi di pandemia: è questo il frutto di un lavoro scientifico collettivo di una *task force* (coordinata da Giovanna Vicarelli) composta da una ventina di sociologi della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS-SSM)[[1](#)].

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

Nella **seconda parte** del volume, viene delineata una proposta complessiva basata su **cinque linee strategiche** (e conseguenti direttive di azione) che occorrerebbe perseguire per un rilancio complessivo del SSN: la focalizzazione sulla salute collettiva, l'ambiente e la promozione della salute; la centralità del territorio e della comunità in una logica di prossimità delle cure; l'integrazione dell'ospedale in una rete modulare di cure; l'innovazione digitale quale strumento di miglioramento della qualità delle cure e di governance sanitaria; un ampliamento della formazione dei professionisti sanitari nella direzione di una costellazione pluralistica di saperi in una prospettiva interdisciplinare e interprofessionale

La sintesi di quanto emerso dai diversi contributi (proposta nelle **conclusioni** del volume) puntualizza quelle che vengono ritenute essere le **quattro distorsioni fondamentali** che caratterizzano storicamente il SSN italiano e che ne hanno indebolito la capacità di resilienza e di risposta alla crisi prodotta dalla pandemia da Covid-19.

La prima e fondamentale distorsione è di natura **distributiva** e riguarda le profonde **disuguaglianze sociali di salute**: a più di quaranta anni dalla legge 833, non si è ancora giunti a garantire modalità di uguale trattamento sanitario dei cittadini, nonché livelli di salute tendenzialmente simili per tutta la popolazione. L'analisi comparata delle regioni evidenzia, infatti, una mappa ampiamente differenziata a livello territoriale: molte delle regioni nelle quali si riscontrano le migliori condizioni di salute (tutte del Centro-Nord) sono le stesse che dimostrano un punteggio più alto nella capacità di garantire ai propri cittadini i livelli essenziali di assistenza (LEA). Analogamente, le regioni che evidenziano condizioni di salute più critiche (tutte del Centro-Sud), sono le stesse che, sul piano delle risorse e delle performance dei servizi sanitari, appaiono più lacunose. Non meno problematico appare l'accesso ai servizi sanitari. In Italia la quota di persone che rinuncia a curarsi per motivi economici è enormemente aumentata dopo la crisi economica iniziata nel 2008, arrivando a oltre 4 milioni, pari al 7% della popolazione nel 2018: si tratta per lo più di persone di 45-54 anni e di stranieri spesso privi di regolare assistenza sanitaria. Sono, invece, circa 2 milioni coloro che rinunciano a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa (3,3% dell'intera popolazione) e che non sono in grado di rivolgersi all'*intra moenia* o al privato non convenzionato. È il paradosso di un paese dotato di un SSN pubblico ma che ha una spesa sanitaria privata *out-of-pocket* che, dopo aver sfiorato il 30% della spesa sanitaria totale negli anni scorsi, si è attestata nel 2019 al 23,1% della spesa sanitaria totale.

La seconda distorsione ha natura **culturale** ed è relativa all'**orientamento alla malattia** e alla conseguente **medicalizzazione** della salute che caratterizza ancora in gran parte il SSN italiano. Un orientamento che trova espressione in diversi aspetti: anzitutto nella scarsa rilevanza che la **prevenzione** assume nel complesso dei servizi sanitari: la spesa per la prevenzione in Italia, pur inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) quale terza macroarea (assieme all'assistenza distrettuale e all'assistenza ospedaliera) rappresenta soltanto il 4,4 % della spesa sanitaria pubblica (dato 2018), inferiore al 5% del Fondo Sanitario Nazionale da utilizzare per la "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", secondo gli ultimi Patti per la Salute. La limitatezza di risorse finanziarie destinate alla prevenzione si riflette nella **scarsità di risorse umane** a disposizione e nella limitata capacità dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende sanitarie di far fronte ad emergenze come quella della pandemia da Covid-19 in corso. La distorsione prodotta dall'orientamento culturale

alla malattia trova poi espressione, a livello di servizi sanitari, nella prevalenza del tradizionale modello organizzativo fondato sulla cosiddetta “**medicina d’attesa**”, ovvero successiva al manifestarsi della patologia, rispetto alla quale interviene soltanto *ex-post* quando il danno risulta magari ormai irreparabile, anziché preoccuparsi di effettuare screening finalizzati ad una diagnosi precoce della malattia. Nonostante la sperimentazione, in alcuni ambiti come quello delle malattie croniche, di nuovi modelli assistenziali come il Chronic Care Model ispirati ad una nuova “**sanità d’iniziativa**”, la loro diffusione risulta ancora piuttosto limitata.

La terza distorsione ha natura **strutturale** e si identifica con il **regionalismo differenziato** che è andato progressivamente realizzandosi negli ultimi due decenni dopo l’approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione (l. cost. 3/2001). È possibile individuare **due fasi** nella attuazione di tale riforma costituzionale cui corrispondono modalità diverse del regionalismo sanitario: una prima fase, sino al 2007, nella quale tende a prevalere un regionalismo tanto omogeneo nella sua interpretazione quanto diverso nelle sue conseguenze, che ha prodotto, per quanto riguarda l’applicazione dei LEA, un sostanziale “**universalismo differenziato**”; ed una seconda fase, dal 2008 ad oggi, durante la quale emerge una crescente rivendicazione di separatezza e indipendenza dallo Stato centrale, che sfocia nella richiesta - supportata in due casi (Lombardia e Veneto) da referendum popolari autoconvocati - di un “**regionalismo rafforzato**” inteso come possibilità di gestione esclusiva di alcune materie, che sfocia di fatto in un “**universalismo ridotto**” quale conseguenza di un atteggiamento di svalutazione delle regioni meno performanti. Quello della **mobilità sanitaria** rappresenta probabilmente l’indicatore più evidente dei guasti prodotti da un regionalismo differenziato che drena risorse dalle regioni più povere e meno performanti verso regioni più ricche e maggiormente performanti dissanguando ulteriormente le prime. In attivo risultano due regioni che da sole rappresentano ben il 40% della mobilità attiva complessiva: la Lombardia (26,1%) e l’Emilia-Romagna (13,9%); seguite da Veneto (9,6%), Lazio (8,5%), Toscana (8,1%) e Piemonte (5,8%). All’opposto, quasi tutte le Regioni del Sud hanno elevati indici di fuga, anche se con differenze più sfumate tra Nord e Sud rispetto a quella attiva: Campania (10,5%) Puglia (7,3%), Calabria (6,7%), Sicilia (6,5%).

La quarta distorsione del SSN è di carattere **funzionale** e si può riassumere nel concetto di **ospedalcentrismo**, ovvero nella ancora persistente centralità dell’ospedale quale perno e asse portante del sistema sanitario. Oltre a comportare l’accumulo sull’ospedale di un notevole volume di prestazioni improprie (specie nei servizi di Pronto Soccorso, come si è visto durante la pandemia da Covid-19), l’ospedalcentrismo ha determinato un problema di costi economici. La spesa ospedaliera costituisce ancora nel nostro paese una componente

della spesa sanitaria pubblica pari al 44,2% nel 2018 (CERGAS-Bocconi, 2019), decisamente superiore al livello medio della stessa negli altri paesi della UE a 27 (39%), superata solo da quella di Croazia (47%), Romania e Cipro (46%) (OECD Health Statistics 2020). Se si considera che in Germania la spesa ospedaliera è al 28%, in Francia al 38% e in Svezia al 39% della spesa sanitaria totale, si comprende quale sia il divario e quanta strada occorra ancora fare per ridurre il peso della componente ospedaliera. Senza contare il problema dei costi crescenti che la gestione di ospedali, sempre più tecnologizzati, comporta nella direzione di un loro utilizzo intensivo e mirato quali presidi di secondo e terzo livello.

Le risposte alle quattro distorsioni fondamentali del SSN italiano in termini di **linee strategiche** da perseguire per un **rilancio del SSN** delineate nella seconda parte del Libro Bianco si fondano su **quattro principi-guida** (che possono essere ricomposti in quella che viene definita la “**bussola**” per guidare il SSN) individuati nell’intento di contribuire alla discussione in atto nel paese relativa al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**:

1. **un SSN universalistico**, in grado di garantire uguaglianza, equità ma anche personalizzazione della cura;
2. **un SSN salutogeno**, centrato sul ruolo fondamentale del cittadino singolo e associato nelle organizzazioni della società civile;
3. **un SSN comunitario, articolato in un regionalismo responsabile e solidale**, policentrico ma coordinato e in grado di garantire la salute come bene comune;
4. **un SSN reticolare**, fondato sull’integrazione ospedale-territorio e socio-sanitaria sulla base di una riorganizzazione complessiva dell’assistenza primaria territoriale e dell’ospedale sulla base del modello per intensità di cura e complessità assistenziale.

UNA BUSSOLA PER IL RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Convegno online di presentazione del volume:

Vicarelli G. e Giarelli G. (a cura di)

Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*

FrancoAngeli, Milano, 2020

Giovedì 8 aprile 2021, ore 16

[Il programma](#) [PDF: 245 Kb]

Guido Giarelli, professore ordinario di Sociologia generale presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro; coordinatore della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell' AIS (giarelli@unicz.it).

Giovanna Vicarelli, professore ordinario di Sociologia economica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche dell'Università Politecnica delle Marche, direttore del Centro di ricerca e di servizi sulla integrazione sociosanitaria (CRISS) della stessa Università (m.g.vicarelli@staff.univpm.it).

Bibliografia

1. Vicarelli G. e Giarelli G. (a cura di). Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte. Milano: FrancoAngeli, 2020 (liberamente scaricabile dalla piattaforma FrancoAngeli Open Access: <http://bit.ly/francoangeli-oa>).