

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ALLA PROVA DELL'EMERGENZA COVID-19: IL RISCHIO DI UNA SANITÀ DISUGUALE

Carlo Ciardo*

*** 18 marzo 2020 ***

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

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano, caratterizzato dai principi di universalità, uguaglianza ed equità, come previsto dalla Legge istitutiva n. 833/1978, ha subito nel corso degli anni una erosione dei predetti pilastri anche in ragione delle sistematiche diminuzioni del finanziamento. Per di più l'equilibrio dell'intero sistema socio-assistenziale è sottoposto, oggi, ad un attacco impreveduto e di rilevantissima portata dettato dall'emergenza sanitaria dettata dal COVID-19.

In merito all'aspetto delle risorse finanziarie (legate prevalentemente alla fiscalità generale) si evidenzia che già la crisi del 2007-2008 aveva innescato una spirale perversa in base alla quale la diminuzione delle risorse disponibili ha determinato la necessità, da parte del legislatore, di porre in essere misure di contenimento dei costi (ad esempio: incremento della compartecipazione alla spesa c.d. ticket, blocco del *turn over*, centralizzazione delle procedure di approvvigionamento).

Nel periodo successivo alla crisi economica del 2008 è stato attuato un progressivo definanziamento del Servizio Sanitario. A conferma di quanto esposto si evidenzia che nel periodo tra il 2009 ed il 2014 la spesa sanitaria pubblica ha fatto registrare un incremento annuo dello 0,7%, mentre nel quinquennio precedente la crescita si era attestata sul 6%.

Il primo risvolto dei tagli è stato quello di determinare l'esaurimento delle risorse a disposizione delle Regioni negli ultimi mesi di ogni anno, tanto da costringere gli Enti

* Dottore di ricerca, Università del Salento. Mail: carlociardo@hotmail.com. Il contributo è stato accettato per la pubblicazione nell'ambito della call *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*, su *BioLaw Journal* – Rivista di BioDritto.

regionali a sospendere o rallentare l'erogazione di alcune prestazioni assistenziali nel medesimo periodo dell'anno [CERGAS – Bocconi, Rapporto OASI 2014]. Ciò ha avuto effetti importanti anche sulle strutture private accreditate. L'esaurimento, nel corso dell'anno, del *budget* a disposizione delle predette strutture ha determinato il blocco dell'erogazione delle prestazioni garantite dal SSN, sicché i cittadini che volevano comunque ottenere la prestazione richiesta si sono dovuti far carico integralmente del costo della stessa, mentre, coloro i quali non hanno voluto o potuto affrontare tale spesa si sono rivolti alle strutture pubbliche così aumentando le già importanti liste d'attesa. D'altro canto, proprio la lunghezza delle liste d'attesa è uno dei motivi principali che spinge i pazienti ad uscire dal sistema pubblico, tanto è vero che in Italia il 40% delle visite specialistiche sono pagate direttamente dai cittadini, così come lo è il 49% delle prestazioni riabilitative ed il 23% degli accertamenti diagnostici [dati ISTAT, 2019].

Quanto esposto non è l'unico riverbero provocato dalle misure economiche di natura restrittiva. Si pensi al blocco delle assunzioni. Nel contesto sanitario e formativo italiano non c'è una carenza di medici in termini assoluti, atteso che ogni anno vi sono circa 9.000 laureati in medicina e chirurgia, ma rispetto a questo dato sono erogate solo 6.000 borse per la formazione degli specialisti e poco meno di 1.000 per la medicina generale. Al netto del predetto blocco del *turn over*, quindi, ogni anno quasi 2.000 medici non hanno la possibilità di entrare in una scuola di specializzazione o di seguire il corso di medicina generale, così rimanendo in un limbo professionale.

Tutto ciò avrà a breve un grave risvolto, atteso che nei prossimi 5 anni ci sarà l'uscita dal SSN per pensionamento di circa 45.000 medici di medicina generale [dati FIMMG, 2019]. Se poi si estende l'analisi ad un arco temporale di 10 anni e si ricomprendono anche i medici ospedalieri deve essere considerato che andranno in pensione 33.392 medici di base e di 47.284 medici ospedalieri [dati ANAAO Assomed, 2019].

2. Un cambio di passo legislativo e le possibili ripercussioni derivanti dall'emergenza COVID19

Volendo focalizzare l'analisi sulle attuali scelte economiche non si può prescindere dalla disamina del contenuto del Documento di Economia e Finanza 2019, dal quale si evince

che la spesa sanitaria corrente per il 2018 è risultata pari a circa 115,4 miliardi di euro, facendo registrare una crescita dell'1,6% rispetto ai 113,6 miliardi di euro del 2017. Il DEF ha, inoltre, previsto che la spesa sanitaria del 2019 – in consuntivo – sarà pari a 118,06 miliardi di euro, con un tasso di crescita del 2,3%, mentre per il triennio 2020-2022 vi è una previsione di crescita della predetta spesa ad un tasso medio annuo dell'1,4%, a fronte di un PIL nominale che dovrebbe subire un incremento medio del 2,5%. Ne deriva che il rapporto fra la spesa sanitaria ed il PIL decresce e si attesta, alla fine dell'arco temporale considerato, ad un livello pari al 6,4%.

Ebbene, i dati suesposti, sono il segno di una inversione di tendenza con riferimento al finanziamento del SSN rispetto alle precedenti annualità, sancendo un ampliamento delle risorse messe a disposizione della spesa sanitaria annuale. Tali previsioni, però, in ragione dell'attuale emergenza sanitaria e delle misure assunte (nonché dei provvedimenti che saranno adottati), sono già state sottoposte a revisione alla luce della modificazione sostanziale dei due fattori precedentemente presi in considerazione.

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

Sul punto, mentre si analizza la situazione contingente, è stato approvato il Decreto Legge c.d. Cura Italia, contenente, oltre alle misure di carattere economico, anche un piano di rafforzamento del SSN al fine di affrontare l'impatto epidemiologico provocato dalla diffusione del suddetto virus. In particolare, da una rapida disamina del testo di questo primo provvedimento (al quale, inevitabilmente, dovranno seguirne altri), si evince che le misure di maggiore importanza sul piano socio – assistenziale possono essere così sintetizzate: previsione di un finanziamento aggiuntivo per gli incentivi del personale dipendente (art. 1); possibilità da parte del Ministro della Salute di assumere 40 dirigenti medici, 18 dirigenti veterinari e 29 unità di personale non dirigenziale con contratti a tempo determinato per 3 anni, stanziando all'uopo oltre 5 milioni di euro per il 2020, 6.790.659,00 di euro per il 2021 e 2022 e quasi 1.700.000,00 di euro per il 2023 (art. 2); possibilità per le Regioni di acquistare prestazioni sanitarie ovvero di acquisire

apparecchiature mediche, locali e personale sanitario dalle strutture private, accreditate e non (art. 3); incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per un ammontare di 1.500.000,00 euro (art. 17); consentire “*l’esercizio temporaneo di qualifiche professionali e sanitarie ai professionisti che intendono esercitare sul territorio nazionale una professione sanitaria conseguita all’estero*” senza la necessità di sostenere l’esame di abilitazione (art. 13), ciò anche nell’ottica di un pronto reclutamento del personale medico, anche da parte delle Regioni che stanno chiedendo di essere autorizzate allo sfioramento del vincolo di bilancio per l’assunzione di nuovo personale.

È di tutta evidenza che si è in presenza di disposizioni straordinarie, per molti aspetti derogatorie rispetto al regime finanziario e normativo in vigore per il SSN, che prevedono un investimento pubblico dedicato al contrasto al COVID-19 di notevole importo e che determinano una torsione anche del modello organizzativo dell’assistenza sanitaria.

A ciò v’è da aggiungere l’impatto che la crisi finanziaria e di produzione nazionale e globale innescata dalla pandemia in corso potrà avere sull’economia italiana, che già prima dell’emergenza “corona-virus” stava dando segni di debolezza [ISTAT 11.01.2020: “*Economia italiana in affanno in un contesto internazionale che rallenta ulteriormente*”]. Sul punto una spia può essere individuata nel report periodico dell’agenzia Moody’s nel quale si sostiene che: “*l’economia italiana è probabilmente in recessione*”.

Il binomio tra la curva della spesa sanitaria in crescita (per via delle misure emergenziali) e quella del PIL in discesa, determinerà un impatto di lapalissiana evidenza per la finanza pubblica. Per tale motivo ciò che deve essere guardato con attenzione è il comportamento tanto dell’Unione Europea, quanto quello della BCE.

A ciò si aggiunga che lo stesso DEF 2019 (la cui stesura è evidentemente antecedente alla crisi sanitaria su citata), non si è sottratto dall’evidenziare l’esistenza di criticità di medio-lungo del Servizio Sanitario Nazionale, avendo cura di focalizzare l’attenzione sui fattori come: l’invecchiamento demografico e l’evoluzione della domanda dei servizi sanitari, l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in modo uniforme sul

territorio nazionale, l'integrazione tra sistemi sanitari e assistenza sociale, la promozione della prevenzione sanitaria e l'innovazione tecnologica.

3. La sanità disuguale?

Il quadro evolutivo degli interventi delle politiche economico-sanitarie ci consegna una pluralità di indici dai quali emergono molteplici diseguaglianze nell'accesso alle cure.

Il primo squilibrio è tra Nord e Sud, visto che nelle Regioni del Nord Est l'aspettativa di vita per uomini e donne è rispettivamente di 81,2 e 85,6 anni, mentre al Sud si accorcia a 79,8 e 84,1 anni [ISTAT, Rapporto Noi Italia, 2019].

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

L'ulteriore aspetto è quello dell'accesso alle cure da parte dei meno abbienti, vero segnale di disuguaglianza. Il 43% delle persone con gravi difficoltà economiche dichiara di non godere di buona salute, mentre questa cifra scende al 23% tra coloro i quali non soffrono di penuria finanziaria [Istituto Superiore di Sanità, Report sulle disuguaglianze, 2019]. Se si considera che alle fasce economico-sociali più basse corrisponde mediamente anche un livello di istruzione più basso, il quadro appare ancora più complesso, atteso che il 55% delle persone con un basso livello di istruzione riferisce di versare in cattive condizioni di salute (contro il 20% dei laureati) e il 12% afferma di avere sintomi depressivi (rispetto al 4% dei laureati).

Il contesto delle disuguaglianze si acuisce ancor di più se si considera che in un SSN sottofinanziato, oltre 11 milioni di italiani nel 2017 hanno rinunciato a curarsi per motivi economici e 7 milioni si sono indebitati per farlo.

Quanto esposto è la fotografia di uno stato di cose che era già presente prima dell'emergenza COVID-19 e che, con assoluta probabilità, la straordinarietà del diffondersi del corona-virus non potranno che acuire. Sul punto, però, è già possibile

affrontare un aspetto che lo stesso piano emergenziale sta producendo in relazione alla condizione della popolazione più anziana.

Se si pensa che il 33% delle famiglie italiane è composto da un solo componente, spesso anziano, e se si considera che nelle grandi città la predetta percentuale arriva a toccare quasi il 50% delle famiglie [ISTAT, 2019], si può immaginare quale possa essere la portata dell'emergenza "corona-virus", in ragione del fatto che l'intero sistema socio-assistenziale, sotto stress per una minaccia virulenta, imprevedibile, ancora non scientificamente pienamente definita e per la quale non esistono azioni efficaci di prevenzione e/o di cura sperimentate, deve anche aver cura di intervenire proprio in quei casi di persone sole che risultino essere contagiate e che, più di altre, hanno bisogno di una assistenza totalizzante siccome avulse da qualsiasi supporto familiare. Per di più, ciò è ancora più rilevante se si considera che, per quanto è dato sapere dai casi verificatisi, proprio le persone anziane (spesso sofferenti di patologie croniche) possono essere quelle più a rischio nel caso di contagio, alla luce del tasso di ospedalizzazione e di quello di mortalità in questi casi è tra i più alti. Agli anziani soli devono essere aggiunti i casi dei disabili che vivano anch'essi in una condizione di solitudine.

Per di più, il quadro emergenziale che tocca da vicino le suddette categorie di persone, si inserisce in un contesto già fortemente problematico, in ragione di una inadeguatezza di base dell'apparato socio-assistenziale italiano. Già nell'azione ordinaria di contrasto alle non autosufficienze vi è un *gap* territoriale importante, tanto è vero che nel 2017 la spesa pro capite è stata di 282 euro nella Provincia di Trento mentre a Reggio Calabria si è attestata su una media di appena 26 euro [Corte dei Conti, Relazione sulla gestione del Fondo per le non autosufficienze, 2017]. Più in generale il Sud spende, in media, circa un terzo rispetto alle risorse impiegate in tale campo dal Nord Italia.

Ciò che più fa riflettere è che non ci si trovi dinanzi ad una penuria di fondi, se è vero che tra il 2007 ed il 2015 sono stati spesi 2,3 miliardi di euro per finanziare progetti destinati ai non autosufficienti. La differenza è forse dovuta ai criteri di riparto da modificare, alla lentezza nella determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza nelle politiche sociali e, nel contempo, la stasi gestionale presente in varie amministrazioni regionali.

A ciò si aggiunga una disparità territoriale vigente anche con riferimento alla presenza di strutture residenziali per anziani, disabili, malati psichici, malati terminali e sugli istituti di riabilitazione. Si passa da una presenza di 10,5 posti letto ogni 1000 abitanti nella Provincia di Trento, ad 8,4 posti letto in Piemonte, per giungere a 0,9 posti letto in Campania. La Puglia si attesta al quattordicesimo posto su 21, con 2,4 posti letto [CERGAS – Bocconi, Rapporto OASI 2016].

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

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

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

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