



Università di Genova

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
E INTERNAZIONALI

Corso di Laurea Magistrale in:
Amministrazione e politiche pubbliche

Pandemia e politiche sanitarie.
Chi apprende e cosa viene appreso nel contesto italiano?

Valutazione delle politiche pubbliche

Relatore

Prof. Marco di Giulio

Candidata

Aracelli Rossi

Aracelli Rossi

ANNO ACCADEMICO 2021/2022



**Università
di Genova**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
E INTERNAZIONALI

Corso di Laurea Magistrale in:
Amministrazione e politiche pubbliche

Pandemia e politiche sanitarie.
Chi apprende e cosa viene appreso nel contesto italiano?

Valutazione delle politiche pubbliche

Relatore
Prof. Marco di Giulio

Candidata
Aracelli Rossi

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

PANDEMIA E POLITICHE SANITARIE.
CHI APPRENDE E COSA VIENE APPRESO NEL CONTESTO ITALIANO?

INDICE

INTRODUZIONE.....4

CAPITOLO I

COVID-19: UNA NUOVA SFIDA PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. La teoria dell'apprendimento organizzativo8
 1.1 Quattro categorie sull'apprendimento delle politiche11
 1.2 Le sfide alla teoria dell'apprendimento organizzativo12
2. Covid-19 come focusing event e nuovo rischio sanitario14
3. La resilienza dei sistemi sanitari e la solidità delle politiche pubbliche.....16

CAPITOLO II

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E L'EVOLUZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE

1. L'istituzione del SSN.....22
 1.1 L'evoluzione del SSN: le riforme legislative.....24
 1.2 L'evoluzione del SSN: la riforma costituzionale.....27
 1.3 Modalità di finanziamento del SSN.....30
 1.4 I principi del SSN.....31
2. Le caratteristiche politico-istituzionali del SSN.....32
3. Lo stato della sanità in Italia prima del Covid-19.....36
4. Due modelli di sanità.....39

CAPITOLO III

GLI EFFETTI DEL COVID-19 SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. Le caratteristiche amministrative come determinanti della velocità di risposta in tempi di crisi.....44
2. L'arrivo della pandemia da Covid-19 e la limitazione dei diritti costituzionalmente garantiti.....51
3. Un SSN impreparato nella gestione della pandemia da Covid-19.....59
 - 3.1 Gli effetti sull'erogazione delle prestazioni sanitarie.....65
 - 3.2 La mortalità durante la pandemia.....66
 - 3.3 Una pandemia disuguale.....67
4. Il rapporto Stato-Regioni nella gestione della pandemia da Covid-19.....69
 - 4.1 La debole collaborazione tra Stato e Regioni.....74

CAPITOLO IV

L'APPRENDIMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LE SOLUZIONI INNOVATIVE

1. Apprendere dall'esperienza.....77
 - 1.1 Le risposte non pianificate, l'arte di improvvisare e l'apprendimento rapido.....78
 - 1.2 Arrivare preparati.....83
 - 1.3 Il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale.....88
 - 1.4 L'importanza della cooperazione.....93
2. La regionalizzazione del SSN.....97
 - 2.1 Il fallimento delle cure primarie.....99
 - 2.2 L'ospedalocentrismo della sanità italiana.....102
 - 2.3 Un sistema a legame debole e il tightening up.....109
3. La carenza di personale sanitario: il decreto-legge Cura Italia e le soluzioni di lungo periodo.....111

| | |
|---|-----|
| 4. Rafforzare la prevenzione: il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP)..... | 114 |
| 5. Rafforzare la prevenzione: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)..... | 119 |
| 5.1 M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale..... | 121 |
| 5.2 M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale..... | 127 |
| 6. Rafforzare la resilienza..... | 134 |
| 7. Necessità di una riforma del Titolo V, parte seconda, o di un Senato delle autonomie?..... | 139 |
| | |
| CONCLUSIONI..... | 144 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 153 |
| RINGRAZIAMENTI..... | 168 |

INTRODUZIONE

In questo elaborato affronterò il tema dei cambiamenti delle politiche sanitarie in Italia dopo il Covid-19 attraverso la prospettiva dell'apprendimento organizzativo.

La pandemia da Covid-19 ha messo in luce le varie debolezze, purtroppo già presenti da anni, del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Tale crisi, quale shock esogeno, rappresenta dunque, un'ottima occasione per riflettere sulla necessità di ripensare il SSN.

A tal proposito, il primo capitolo sarà dedicato al tema dell'apprendimento organizzativo, con un focus particolare sulle due forme di apprendimento delle politiche e sulle sfide che la crisi sanitaria ha inevitabilmente generato su alcuni aspetti della teoria dell'apprendimento organizzativo. Senza apprendimento non ci può essere alcun cambiamento: è necessario che gli individui apprendano dall'ambiente e trasferiscano ciò che hanno appreso all'interno dei processi decisionali. Successivamente, questi processi decisionali possono modificare, oppure confermare, le strategie dell'organizzazione, facendo così in modo che le scelte dell'organizzazione cambino rispetto a mutate esigenze dell'ambiente. Verrà in seguito analizzato il Covid-19 quale nuovo rischio sanitario e come focusing event: si tratta di un evento che, per la sua natura dannosa e improvvisa, induce l'opinione pubblica e i decisori politici a inserire nell'agenda pubblica temi che altrimenti non vi sarebbero entrati o che almeno non lo avrebbero fatto con la stessa visibilità e rapidità. Un evento così improvviso porta alla necessità di riflettere sulle possibili strategie volte a rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari e la solidità delle politiche pubbliche, due aspetti fondamentali per riuscire a progettare politiche che possano affrontare ciò che non può essere previsto, come appunto una pandemia.

Al fine di aiutare il lettore ad avere un quadro generale del Servizio Sanitario Nazionale, il secondo capitolo sarà dedicato a tutta la sua evoluzione e alle sue caratteristiche principali: dall'istituzione con la legge n. 883/1978, alle riforme legislative e a quella costituzionale, fino ad arrivare allo stato della sanità italiana prima della crisi sanitaria in modo tale da far comprendere al lettore i motivi per cui il nostro SSN si sia trovato così impreparato di fronte alla pandemia.

Il terzo capitolo, dopo aver analizzato le caratteristiche amministrative che incidono sui tempi di risposta in tempi di crisi e dopo aver descritto in maniera sintetica le diverse fasi di diffusione della pandemia nel nostro Paese, si concentrerà sull'impatto che il Covid-19 ha avuto sul SSN, prendendo in considerazione la limitazione dei diritti costituzionalmente garantiti, gli effetti sull'erogazione delle prestazioni sanitarie, la mortalità durante la pandemia, sottolineando il fatto che essa non ha fatto altro che accentuare le disuguaglianze etniche e socioeconomiche già presenti da tempo all'interno della società. L'impreparazione del SSN non è dipesa unicamente dalla riduzione delle risorse destinate alla sanità ma anche dal fatto che i sistemi sanitari dei Paesi occidentali, caratterizzati da decenni di successo del paradigma medico dell'healthcare, hanno disappreso a gestire problemi di public health. Ci si concentrerà, a tal fine, sull'importanza della coevoluzione istituzionale tra i settori dell'healthcare e di public health, vale a dire il rapporto tra aspetti curativi e preventivi della politica sanitaria. Verrà in seguito analizzato il rapporto Stato-Regioni nella gestione della pandemia, anticipando già ora che si è trattato di un rapporto non facile e pieno di contrasti con una conseguente scarsa collaborazione tra Governo e Regioni. Significativa è stata la sentenza della Corte costituzionale n. 37/2021 con la quale verrà chiarito che la materia di "profilassi internazionale", che è comprensiva di ogni misura atta a contrastare una pandemia sanitaria e prevenirla, rientra nella competenza legislativa esclusiva dello Stato. Ciò, però, non giustifica l'eccessivo sacrificio del principio costituzionale di leale collaborazione tra Stato e Regioni che, nelle situazioni di emergenza, dovrebbe essere ancora di più garantito.

Il quarto capitolo, nonché l'ultimo, è quello più sostanzioso in quanto si occuperà di capire se il SSN sia stato in grado di sfruttare la finestra di opportunità generata dal Covid-19: che cosa ha appreso il SSN dalla pandemia, quali soluzioni innovative è riuscito ad introdurre e quali altre è necessario che introduca?

Come primo passo, verrà analizzata l'importanza di arrivare preparati, dunque, la necessità di sviluppare e rafforzare la capacità di preparare in anticipo risposte non pianificate, la capacità di improvvisare e di apprendere rapidamente, così come l'importanza della cooperazione tra gli Stati e di dotarsi di un piano pandemico aggiornato in quanto l'ultimo risaliva al 2006. E infatti, in data 25

gennaio 2021 verrà adottato il nuovo piano pandemico dal nome “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale”. In seguito, ci si concentrerà su ciò che la pandemia ha fatto emergere. In primo luogo, l’assetto altamente regionalizzato del SSN con la conseguenza che le Regioni finiscono per avere ampi margini di azione che consentono loro di adottare strategie differenti. In secondo luogo, il fallimento delle cure primarie, aspetto fondamentale per riuscire a fare prevenzione, anch’essa assente ormai da tempo nel nostro sistema sanitario. Verrà poi confermato l’ospedalocentrismo della sanità italiana: sarà, infatti, possibile osservare come alcuni Sistemi Sanitari Regionali, tra cui Lombardia e Piemonte, abbiano deciso di investire maggiormente sulle cure ospedaliere, trascurando la sanità territoriale che, invece, è stata al centro dell’attenzione di Regioni quali il Veneto e l’Emilia-Romagna. Questa differenza tra ospedale e territorio ha fatto sì che le Regioni rispondessero in maniera diversa alla crisi pandemica, infatti, le Regioni con un network di servizi territoriali più strutturato sono state più avvantaggiate nella gestione della pandemia rispetto alle Regioni dotate di una rete territoriale meno solida. Infine, la pandemia da Covid-19 ha permesso di confermare un ulteriore aspetto del SSN, vale a dire il fatto che esso si caratterizza per essere un sistema a legame debole: le singole aziende sanitarie sono dotate di autonomia, conseguentemente presentano legami sporadici, imprevedibili e indiretti che, come si vedrà, porteranno alla luce altre caratteristiche dei sistemi a legame debole. L’attenzione verrà poi spostata sulle soluzioni che il nostro sistema sanitario ha deciso di introdurre come risposta alla pandemia: le diverse strategie volte a limitare il problema della carenza di personale sanitario, il rafforzamento della prevenzione attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP) il cui scopo principale è il rafforzamento delle cure primarie e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) volto al potenziamento delle reti di prossimità, dell’assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina, a una maggiore integrazione con tutti i servizi sociosanitari fino ad arrivare all’ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN. Verranno in seguito analizzate tre diverse forme di resilienza che possono essere applicate ai sistemi sanitari: capacità di assorbimento, capacità di adattamento e capacità di

trasformazione. Affinchè un sistema sanitario possa rafforzare la sua capacità di resilienza appare fondamentale potenziare anche la resilienza degli individui: al fine di sviluppare una strategia di salute efficace e contrasto alle iniquità di salute è necessario sviluppare comunità resilienti in grado di rispondere alle sfide e avversità creando ambienti favorevoli alla salute. Per tale motivo ci si concentrerà su quattro specifiche capacità di resilienza: adaptive capacity, absorptive capacity, anticipatory capacity ed infine transformative capacity. Per ultimo, verrà proposta una delle possibili soluzioni al difficile rapporto tra Stato e Regioni durante la gestione della pandemia, vale a dire l'introduzione di un Senato delle autonomie.

Le conclusioni di questo elaborato, oltre ad esporre un quadro sintetico dell'impreparazione del SSN, si concentreranno principalmente su cosa sia necessario fare affinché i cambiamenti sopra illustrati possano concretamente realizzarsi. Come primo passo è essenziale collocare i diversi cambiamenti all'interno di una visione d'insieme: ogni cambiamento è funzionale alla realizzazione degli altri. In seguito, visto che sono gli individui coloro che devono interpretare i segnali provenienti dall'ambiente per poter poi generare apprendimento e dunque apportare i relativi cambiamenti nelle strategie organizzative, ritengo che sia fondamentale operare un rinnovamento culturale. I cambiamenti, soprattutto quelli importanti, non si realizzano da soli, è necessario prima di tutto agire sulle idee e sulla cultura degli attori sanitari, e in generale dell'intera società, in quanto sono appunto gli individui coloro in grado di apprendere affinché le traiettorie di cambiamento possano effettivamente essere portate avanti. I cambiamenti di paradigma, dunque, sono fondamentali per scongiurare il rischio che, una volta passata la pandemia, altre emergenze occupino il centro dell'arena politica e l'attenzione rispetto alla sanità cali lentamente. Se non vi sarà sufficiente attenzione nei prossimi mesi e addirittura anni, rispetto a tale tema, possiamo aspettarci che i cambiamenti qui illustrati non avranno effettivamente seguito.

CAPITOLO I

COVID-19: UNA NUOVA SFIDA PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. La teoria dell'apprendimento organizzativo

La crisi sorta in seguito alla pandemia da Covid-19 ha avuto, tra le varie conseguenze, il fatto che le organizzazioni sanitarie e sociosanitarie abbiano subito uno shock mai prima verificatosi che portasse alla necessità di dover riflettere sul tema dell'apprendimento delle organizzazioni¹. L'apprendimento è una delle prospettive attraverso cui è possibile analizzare i processi decisionali ovvero il modo in cui si prendono le decisioni².

E sono proprio i processi decisionali ad essere sottovalutati dalle discipline economiche, le quali presentano un modello di scelta basato prevalentemente sul concetto di interesse. A titolo esemplificativo possiamo dire che l'imprenditore farà le scelte che massimizzano il profitto, il consumatore quelle che massimizzano la sua utilità, l'elettore quelle che massimizzano il suo beneficio ed infine, il politico quelle che massimizzano il suo potere. Dunque, chi decide lo fa in funzione di un interesse.

Per tale motivo, l'obiettivo di questo elaborato è proprio quello di analizzare il tema dell'apprendimento nelle politiche sanitarie secondo la teoria dell'apprendimento organizzativo.

Se da un lato infatti, l'economia classica tende a non considerare l'apprendimento e a sottovalutare i processi attraverso cui si prendono le decisioni dando per scontato che gli attori facciano la scelta che massimizza il proprio interesse, lasciando irrisolto il problema di come l'interesse venga definito, dall'altro, le scienze sociali, a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, iniziano a problematizzare il modo in cui gli attori prendono le proprie decisioni: la razionalità degli attori è problematica.

Affinchè si realizzi un equilibrio che permetta all'organizzazione di sopravvivere nel tempo occorre che l'organizzazione apprenda. Le organizzazioni apprendono

¹ Pennini. A, Armellin. G (2021), *L'organizzazione resiliente*, Milano: FrancoAngeli, p. 11.

² Simon. H.A (2001), *Il comportamento amministrativo*, Bologna: Il Mulino.

in quanto l'adattamento all'ambiente è funzionale alla loro stessa sopravvivenza. Secondo la teoria dell'apprendimento organizzativo, un sistema organizzativo apprende quando modifica i propri fini o i mezzi con cui li persegue alla luce di una qualche forma di esperienza, propria o altrui. Si apprendono non solo elementi di fatto ma anche elementi di valore, vale a dire che l'organizzazione può decidere di mettere in discussione i propri scopi e ridefinirli.

Allo stesso tempo, però, l'apprendimento può confermare il modo di operare di una organizzazione senza necessariamente portare ad un cambiamento delle sue strategie.

March e Olsen hanno elaborato il modello realistico in base al quale l'apprendimento è un rapporto che lega "ambiente" e "organizzazione" mentre chi deve interpretare i segnali dall'ambiente sono gli individui che fanno parte dell'organizzazione stessa. Affinchè si realizzi l'apprendimento dell'organizzazione è necessario che gli individui apprendano dall'ambiente e trasferiscano ciò che hanno appreso all'interno dei processi decisionali. In seguito, questi processi decisionali possono modificare, oppure confermare, le strategie dell'organizzazione, facendo così in modo che le scelte dell'organizzazione cambino rispetto a mutate esigenze dell'ambiente.

Il modello realistico di March e Olsen permette di individuare le criticità che possono manifestarsi all'interno dei processi di apprendimento:

1) Gli individui apprendono dall'ambiente ma non riescono a trasferire le proprie conoscenze all'interno dei processi decisionali perché spesso chi apprende non ha lo status o l'autorità per far sentire la propria voce, quindi, l'organizzazione ignora il segnale.

2) Gli individui apprendono dall'ambiente e riescono a trasferire all'interno dei processi decisionali le proprie conoscenze, però, tali conoscenze non producono apprendimento e cambiamento ovvero non si traducono in scelte organizzative.

3) Gli individui apprendono dall'ambiente, riescono a trasferire all'interno dei processi decisionali le proprie conoscenze che vanno ad orientare le scelte dell'organizzazione ma essa, anche se è consapevole dei nuovi presupposti di fatto, riproduce le strategie tradizionali.

4) I segnali dell'ambiente possono non essere decodificati in maniera corretta, in primo luogo, perché gli strumenti cognitivi o il tempo a disposizione da parte degli individui che fanno parte di una organizzazione sono scarsi e, in secondo luogo, perché i segnali che l'ambiente produce possono non essere chiari³.

È possibile individuare due forme di apprendimento delle politiche, vale a dire l'apprendimento strumentale delle politiche e l'apprendimento sociale delle politiche⁴.

L'apprendimento strumentale delle politiche comporta l'acquisizione di nuove conoscenze sulla fattibilità degli strumenti di policy. Ridisegnare una politica potrebbe apparentemente costituire una prova dell'apprendimento strumentale. Poiché il fatto di ridisegnare una politica può avvenire anche senza una migliore comprensione degli strumenti di policy, non tutti i cambiamenti di questo tipo comportano un apprendimento strumentale. Gli strumenti di policy, infatti, possono essere scelti per una serie di ragioni istituzionali o politiche non legate a una migliore comprensione degli strumenti stessi.

L'apprendimento sociale delle politiche, invece, implica nuove conoscenze sulla costruzione sociale dei problemi politici, sulla portata delle politiche o sugli obiettivi delle politiche. Esso comporta la riaffermazione o la revisione del ragionamento causale dominante sui problemi, le interazioni o gli obiettivi della politica. L'apprendimento sociale si verifica quando le convinzioni delle élite politiche e amministrative sugli aspetti chiave della politica vengono riaffermate o modificate. Per provare l'esistenza di un apprendimento sociale è necessario dimostrare che le convinzioni delle élite politiche dominanti sono state modificate o riaffermate alla luce dell'esperienza politica. Dunque, l'apprendimento sociale è costituito dai cambiamenti negli aspetti fondamentali di una politica, tra cui la ridefinizione degli obiettivi (per esempio, l'aumento dell'accesso all'istruzione piuttosto che la garanzia della qualità dell'istruzione) o un cambiamento dei gruppi target ovvero dei destinatari della politica.

Infine, l'apprendimento strumentale delle politiche può essere distinto dall'apprendimento politico secondo cui i sostenitori delle politiche diventano più

³ Ibidem.

⁴ May. P.J (1992), *Policy Learning and Failure*, <<Journal of Public Policy>>, Vol. 12, n. 4, pp. 331- 341.

sofisticati nel promuovere problemi e idee. Alcuni indicatori dell'apprendimento politico consistono nella capacità di enfatizzare gli argomenti politici che si sono dimostrati più efficaci nel mobilitare l'attenzione oppure nello sperimentare nuove tattiche nell'uso dei media per richiamare l'attenzione su un problema o una proposta politica. Un altro indicatore di apprendimento politico è quello che Wildavsky definisce con il nome di "ritirata strategica" nel perseguimento di un determinato obiettivo politico da parte dei sostenitori. Infatti, se si scopre che un determinato obiettivo politico è politicamente troppo costoso da sostenere, i sostenitori si ritirano dal perseguirlo⁵.

1.1 Quattro categorie sull'apprendimento delle politiche

Prendendo in considerazione la letteratura politologica, a Karl Deutsch si attribuisce il merito di aver discusso per la prima volta l'apprendimento politico, teorizzando il ruolo del feedback nel migliorare la capacità di apprendimento dei governi. Basandosi su Deutsch, Hugh Heclò ha esaminato il modo in cui l'apprendimento politico porta ad alterazioni del comportamento che si riflettono in un cambiamento delle politiche sociali e in nuove innovazioni politiche⁶.

La letteratura individua quattro categorie⁷ sull'apprendimento delle politiche, differenziandole in base al modo in cui la conoscenza viene utilizzata dagli attori per l'apprendimento.

La prima categoria è quella dell'apprendimento riflessivo dove la conoscenza viene utilizzata con l'obiettivo di approfondire la discussione e facilitare l'argomentazione. L'apprendimento viene considerato come "profondo" o "complesso" poiché è il meccanismo principale attraverso il quale gli attori, non solo aggiustano le loro strategie ma esplorano anche le loro preferenze e identità fondamentali.

La seconda categoria è quella dell'apprendimento epistemico dove la conoscenza viene impiegata da un numero limitato di attori esperti per restringere la discussione con l'obiettivo di raggiungere una soluzione politica tecnica. Nella

⁵ Ibidem.

⁶ *Ivi*, p. 332.

⁷ Dunlop. C.A, Radaelli. C.M (2013), *Systematising Policy Learning: From Monolith to Dimensions*, <<Political Studies>>, Vol. 61, n. 3, pp. 603-604.

sua accezione più ampia, questa categoria comprende gli esperti dei governi e delle organizzazioni internazionali così come il ruolo politico di avvocati ed economisti nelle politiche pubbliche. La maggior parte di questa letteratura ruota attorno alla questione se la razionalità, la scienza e gli esperti producano un cambiamento nelle politiche pubbliche e in caso affermativo, attraverso quali tipi di strumenti, contesti organizzativi e dispositivi istituzionali.

La terza categoria è l'apprendimento attraverso la contrattazione e l'interazione sociale, in particolare la letteratura propone, in primo luogo, l'interazione in organizzazioni e sistemi politici non strettamente accoppiati in cui l'apprendimento è spesso il prodotto non intenzionale di densi sistemi di interazione tra politici e burocratici, in secondo luogo, le forme strategiche di apprendimento in cui la conoscenza è concepita come una risorsa politica ed infine, l'apprendimento sotto requisiti di condizionalità.

La quarta ed ultima categoria è l'apprendimento all'ombra della gerarchia, la quale si presenta quando la riflessività e la contrattazione sono limitate da forti meccanismi gerarchici. In questo caso, la conoscenza è utilizzata dagli attori o dalle organizzazioni per esercitare il controllo⁸.

L'apprendimento può essere distinto dalla copia o dall'imitazione dei comportamenti in quanto esso implica una migliore comprensione, che si riflette nella capacità di trarre insegnamenti su problemi, obiettivi o interventi politici. Gli insegnamenti non sono necessariamente una comprensione raffinata delle cause e degli effetti delle politiche. L'apprendimento, infatti, può semplicemente comportare giudizi sulla preferibilità di un determinato corso d'azione o di un determinato strumento politico rispetto alle alternative attualmente promosse⁹.

In conclusione, è importante sottolineare come ogni forma di apprendimento si basi sull'esperienza che può essere diretta o indiretta, pianificata o ad hoc.

1.2 Le sfide alla teoria dell'apprendimento organizzativo

⁸ Ibidem.

⁹ May. P.J (1992), *cit.* alla nota 4.

La pandemia da Covid-19 ha posto delle sfide su alcuni rami della teoria dell'apprendimento organizzativo, tra cui particolare rilievo rivestono le routine organizzative e gli obiettivi¹⁰.

Le pandemie sono fenomeni meritevoli di attenzione per due motivi principali: in primo luogo, perché esse provocano cambiamenti significativi all'interno delle organizzazioni inducendole così ad elaborare nuove teorie e, in secondo luogo, perché trattandosi di uno shock esogeno, vale a dire indipendente dal sistema di cui si sta indagando, permettono di osservare in maniera quasi sperimentale quello che accade in diversi contesti.

Al fine di migliorare l'efficienza, le organizzazioni elaborano determinate routine come, per esempio, le sequenze di produzioni o le pratiche volte a gestire in modo flessibile situazioni rare. È chiaro che la crisi pandemica ha portato le organizzazioni a ridefinire la propria routine organizzativa al fine di adattarsi all'ambiente circostante. Pensiamo al passaggio dalla routine del posto di lavoro al cosiddetto smart-working.

Allo stesso modo, la pandemia ha introdotto obiettivi nuovi e potenzialmente temporanei sorti in seguito ai nuovi problemi di salute e sicurezza. La pandemia, dunque, solleva il problema di come ridefinire le priorità degli obiettivi e di come gestire più obiettivi del solito.

Le organizzazioni imparano dal passato nel momento in cui si aspettano che il futuro sarà simile. Se i decisori pensano che il futuro sarà lo stesso del passato pre-pandemia allora, molto probabilmente, non apprenderanno dalla pandemia. Al contrario, se i decisori si aspettano che il futuro sarà lo stesso del presente della pandemia allora, bisognerà capire quanto dell'apprendimento pre-pandemia conserveranno.

Gli studiosi dell'organizzazione dovrebbero individuare i modelli di apprendimento efficaci al fine di assicurare che le organizzazioni siano pronte non solo per l'apprendimento organizzativo quotidiano e dunque in assenza di una crisi, ma anche per una eventuale prossima pandemia¹¹.

¹⁰ Greve. H.R (2020), *Learning Theory: The Pandemic Research Challenge*, <<Journal of Management Studies>>, n. 57, pp. 1759-1762.

¹¹ Ibidem.

Il lavoro degli amministratori pubblici e i suoi effetti non contano solo durante la crisi, ma anche prima e dopo il verificarsi della stessa¹². Dunque, sebbene la pubblica amministrazione sia spesso considerata come interessata al momento dell'attuazione, essa copre un terreno molto più ampio nel processo politico.

2. Covid-19 come focusing event e nuovo rischio sanitario

La crisi pandemica generata dal Covid-19 ha avuto un impatto significativo non solo sulla salute degli individui, ma anche sulle attività economiche e su molti aspetti della vita quotidiana. Per indicare, dunque, la portata multidimensionale della crisi, si è fatto ricorso al concetto di “sindemia”.

Secondo Silvio Brusaferrò, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, bisogna infatti considerare la pandemia <<*dentro una logica di sindemia, dove cioè aspetti biologici e aspetti sociali interagiscono e nella loro interazione si definiscono anche i livelli di rischio e di suscettibilità delle persone e delle comunità*>>¹³. Il termine sindemia è stato introdotto per la prima volta dall'antropologo Merrill Singer per spiegare gli effetti negativi sulla società derivanti dall'interazione sinergica tra due o più malattie¹⁴.

Interessante è capire se la pandemia abbia contribuito ad una trasformazione del tipo di rischio a cui i cittadini sono esposti¹⁵. Secondo la teoria di Beck sulla “società del rischio”, la trasformazione della natura dei rischi mina le basi della modernizzazione. Nella società moderna, elementi quali la razionalizzazione dell'agire così come l'impatto della conoscenza scientifica nella vita quotidiana avevano finito per coinvolgere anche la natura dei rischi sociali, i quali diventavano così fenomeni prevedibili e calcolabili sul piano matematico. Negli ultimi decenni, però, gli individui sono stati esposti a nuovi tipi di rischi più imprevedibili che hanno interrotto questo meccanismo di computabilità.

¹² Dunlop. C.A, Ongaro. E, Baker. K (2020), *Researching Covid-19: A research agenda for public policy and administration scholars*, <<Public Policy and administration>>, n. 35 (4), p. 368.

¹³ Covid, da pandemia a sindemia: che cosa significa, https://www.repubblica.it/salute/2022/03/14/news/brusaferrò_covid_pandemia_sindemia-341325450/.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Busilacchi. G [et al.] (2021), *L'emergenza Covid-19 come stress test per la sanità italiana*, <<La Rivista delle Politiche Sociali>>, n. 2/2021, p. 7.

Il Covid-19 può dunque, essere considerato come uno di questi nuovi rischi post-moderni. In particolare, si tratta di un nuovo rischio sanitario con il quale intendiamo la deprivazione della capacità di tutela della salute. Una malattia sconosciuta che ha colpito i cittadini di tutto il mondo in modo assolutamente casuale¹⁶.

Dunque, la pandemia da Covid-19 rappresenta un ottimo esempio di quello che nell'analisi delle politiche pubbliche viene definito con il nome di "focusing event", vale a dire un evento che per la sua natura dannosa e improvvisa, induce l'opinione pubblica e i decisori politici a inserire nell'agenda pubblica temi che altrimenti non vi sarebbero entrati o che almeno non lo avrebbero fatto con la stessa visibilità e rapidità¹⁷. Si tratta di un evento di tale portata che, per un determinato periodo di tempo, sconvolge il processo pubblico di agenda setting, focalizza l'attenzione collettiva su alcuni temi allontanandola da altri, ridefinisce velocemente le priorità e consente di superare inerzie istituzionali e resistenze al cambiamento, favorendo un possibile cambio di policy¹⁸.

La teoria dell'agenda setting propone la tesi per cui i mezzi d'informazione, concentrandosi maggiormente su certi argomenti e di meno o per niente su altri, trasferiscono al pubblico l'ordine del giorno della vita politica e dunque, il fatto che i cittadini percepiscano determinati temi più urgenti rispetto ad altri dipende dalla quantità di informazione che i media hanno prodotto in quel periodo su quei temi¹⁹. Una crisi come quella pandemica modifica improvvisamente l'ordine del giorno delle questioni che meritano di essere oggetto di decisione.

Inoltre, lo stato di emergenza generato da un focusing event come quello del Covid-19 permette di aumentare la libertà di manovra del Governo, che avvalendosi dell'urgenza dettata dalla crisi è chiamato ad assumere provvedimenti eccezionali. L'urgenza, legittimando il ricorso a strumenti decisionali eccezionali, tende a indebolire la facoltà di porre un veto, riducendo così resistenze

¹⁶ *Ivi*, p. 8.

¹⁷ Razzetti. F (2020), *Il Coronavirus e i nervi scoperti del welfare italiano*, <<Secondo Welfare>>, p. 1.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Marini. R (2006), *Mass media e discussione pubblica. Le teorie dell'agenda setting*, Roma: Laterza.

istituzionali ed aprendo finestre di opportunità che possono facilitare l'adozione di specifici provvedimenti e superare lo status quo²⁰.

In un sistema democratico la ridefinizione delle priorità non riduce il perimetro delle alternative possibili riguardo alle soluzioni da adottare. Il dibattito tra i partiti di maggioranza e quelli di opposizione rispetto a quali siano i provvedimenti più adeguati a superare la crisi, mostrano la permanenza di una dialettica positiva e la volontà di contemperare l'esigenza di assumere decisioni tempestive con la necessità di preservare il funzionamento democratico del processo decisionale²¹.

3. La resilienza dei sistemi sanitari e la solidità delle politiche pubbliche

I modelli sanitari incentrati sul criterio della massima produttività, dove si privilegia la concentrazione ed il potenziamento dei settori a più alta redditività mentre si trascurano quelli a più alto rischio o basso rendimento (pensiamo alle terapie intensive), non si sono rivelati essere resilienti e sono dunque collassati su sé stessi²². Al contrario, i modelli sanitari caratterizzati da una forte prevalenza del pubblico, dove si privilegia l'erogazione del servizio e la sua distribuzione sul territorio mentre il privato integra e non sostituisce l'azione del pubblico, sono riusciti a fronteggiare in maniera più efficace la pandemia²³.

La resilienza del sistema sanitario può essere intesa come <<la capacità di prepararsi, gestire e imparare dagli shock>>²⁴. Con il termine shock intendiamo un cambiamento improvviso ed estremo che va ad incidere su un sistema sanitario, ed è dunque diverso dagli stress prevedibili e duraturi quali, per esempio, l'invecchiamento della popolazione. In altri termini, secondo la prospettiva di Ponomarov e Holcomb, la resilienza può essere così sintetizzata: prontezza e preparazione; risposta e adattamento; recupero o aggiustamento²⁵.

Un'altra definizione di resilienza molto importante è quella fornita da Kruk *et al.* secondo cui <<La resilienza di un sistema sanitario può essere definita come la

²⁰ Razzetti. F (2020), *cit.* alla nota 17, pp. 1-2.

²¹ Ibidem.

²² *Riflessioni sul sistema sanitario alla prova del corona virus,*

<http://www.osservatorioentilocali.unirc.it/images/documenti/dottrina/fragomeni/riflessioni.pdf>.

²³ Ibidem.

²⁴ Pennini. A, Armellin. G (2021), *cit.* alla nota 1, p. 27.

²⁵ *Ivi*, p. 24.

capacità degli attori sanitari, delle istituzioni e delle popolazioni di prepararsi e rispondere in modo efficace alle crisi; mantenere le funzioni principali quando si verifica una crisi e, a partire dalle lezioni apprese durante la crisi, riorganizzarsi se le condizioni lo richiedono>>²⁶.

Alla luce della pandemia è possibile individuare alcune delle strategie che i sistemi sanitari possono adottare per migliorare la propria capacità di resilienza. A tal proposito possiamo fare riferimento al documento programmatico “Rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari”²⁷, pubblicato dall’Osservatorio Europeo sui Sistemi e le Politiche Sanitarie. Tale documento illustra venti strategie in grado di migliorare la resilienza dei sistemi sanitari di fronte al Covid-19. Tra le più significative ricordiamo quelle relative ai sistemi di governance, ai sistemi di finanziamento, alle risorse e alla fornitura di servizi²⁸.

Per quanto riguarda la governance è fondamentale avere una leadership efficace e partecipativa in grado di trasmettere la visione dell’organizzazione, un livello efficace di coordinamento delle attività, una cultura dell’apprendimento organizzativo che sia sensibile alle crisi ed infine, flussi informativi e di sorveglianza che consentano di rilevare in maniera tempestiva gli shock e il loro impatto.

Per quanto concerne i sistemi di finanziamento, gli elementi fondamentali per garantire la resilienza sono la garanzia di risorse economiche sufficienti all’erogazione dei servizi e la flessibilità nella distribuzione in situazioni di crisi. Con riferimento alle risorse è fondamentale avere a disposizione risorse umane con livelli quali-quantitativi appropriati. Le risorse umane dovrebbero avere buoni livelli di motivazione ed essere supportate a mantenerli.

Per ultimo, con riferimento alla fornitura dei servizi è molto importante avere a disposizione approcci flessibili per fornire servizi di cura e assistenza.

Tutti questi elementi devono essere valutati e monitorati dall’organizzazione per individuare le proprie vulnerabilità. Così facendo, sarà possibile pianificare,

²⁶ Ivi, p. 28.

²⁷ Sagan. A [et al.] (2021), *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*, <<European Observatory on Health Systems and Policies>>, n. 56.

²⁸ Pennini. A, Armellin. G (2021), *cit.* alla nota 1, p. 28.

attuare e valutare ulteriori azioni per migliorare la resilienza e rispondere a crisi future²⁹.

La pandemia da Covid-19 ha messo dunque in evidenza più che mai il fatto che le politiche pubbliche sono continuamente soggette a turbolenze e crisi. L'impatto delle crisi, di qualsiasi tipo, solleva sempre domande su come le politiche possano essere progettate per affrontare ciò che non può essere previsto, il che porta alla necessità di progettare politiche solide. La solidità delle politiche pubbliche ha perciò attirato l'attenzione degli studiosi di varie discipline delle scienze sociali come potenziale alternativa alla resilienza³⁰. Essa può essere definita come una proprietà <<che consente di mantenere nel tempo le funzioni e gli obiettivi di una politica, nonostante le fluttuazioni contingenti o critiche derivanti da cambiamenti esterni o sfide interne>> (Capano & Woo). Se la solidità sembra essere una proprietà rilevante delle politiche in tempi normali, dovrebbe essere considerata ancora più rilevante in tempi turbolenti come quelli in cui l'interazione di eventi e richieste è vissuta come altamente variabile, incoerente, inaspettata e/o imprevedibile; e la pandemia da Covid-19 rappresenta proprio una sfida inattesa ovvero una situazione sconosciuta.

La risposta a questo tipo di crisi dipende non solo dalla solidità delle politiche, ma anche dalle capacità politico-istituzionale. Tra queste capacità, molto importante è quella di riuscire a identificare che si sta verificando una situazione potenzialmente nuova e di rispondere di conseguenza.

Molti Paesi non erano preparati a questo evento imprevisto dimostrando così che le loro politiche non erano sufficientemente solide. L'esperienza recente dei Paesi dell'Asia Orientale di precedenti epidemie legate ad agenti patogeni contagiosi (pensiamo al coronavirus correlato alla sindrome respiratoria mediorientale o alla sindrome respiratoria acuta grave) ha consentito di orientare le loro risposte al Covid-19³¹. Al contrario, l'Occidente, caratterizzato da una scarsa esperienza recente di una pandemia, in quanto l'ultima pandemia globale con tassi di mortalità paragonabili a quelli del Covid-19 è stata nel 1928-1929, ha faticato ad

²⁹ Ibidem.

³⁰ Capano, G., Toth, F. (2022), *Thinking outside the box, improvisation, and fast learning: Designing policy robustness to deal with what cannot be foreseen*, <<Public Administration>>, pp. 1-2.

³¹ Dunlop, C.A., Ongaro, E., Baker, K. (2020), *cit.* alla nota 12, p. 369.

agire, facendo emergere la possibilità che, per far sì che le lezioni politiche rimangano, il processo di apprendimento debba essere esperienziale³².

Secondo la letteratura delle scienze sociali, la solidità delle politiche si raggiunge attraverso la capacità di affrontare le fluttuazioni contingenti o critiche mediante l'agilità (vale a dire la capacità di essere proattivi e di rispondere rapidamente), la flessibilità, l'improvvisazione e l'apprendimento.

Ansell *et al.*, basandosi sull'esperienza del Covid-19, hanno proposto cinque dimensioni³³ per garantire la solidità delle politiche:

1) Scalabilità, vale a dire la capacità di mobilitare e smobilitare rapidamente le risorse.

2) Prototipazione, attraverso la quale è possibile raggiungere rapidamente nuove soluzioni mediante un processo di sperimentazione e apprendimento.

3) Modularizzazione.

4) Autonomia vincolata, in base alla quale gli attori locali possono detenere un'ampia titolarità e un impegno strategico.

5) Polivalenza strategica, vale a dire la capacità di progettare soluzioni che possono prendere nuove direzioni in base al contesto.

L'Italia è stato il primo Paese europeo a sperimentare la pandemia, conseguentemente ha avuto meno tempo di altri per reagire. La prima ondata di Covid-19 ha infatti dimostrato come il Servizio Sanitario Nazionale non fosse pronto a gestire la crisi. Nelle prime settimane dell'emergenza, le risposte sono state di tipo conformistico, infatti, i soccorritori hanno seguito protocolli già stabiliti in precedenza e spesso hanno proceduto per analogia con crisi già vissute.

A titolo meramente esemplificativo, possiamo qui ricordare il caso della Lombardia. Il governo di questa Regione, adattandosi al Piano pandemico nazionale del 2006 che prevedeva la possibilità di utilizzare le strutture residenziali extraospedaliere (comprese le residenze per anziani) per i pazienti non acuti con il fine di decongestionare gli ospedali, aveva infatti chiesto a circa 15 residenze per anziani di ospitare pazienti con infezioni da Covid-19 meno gravi. È

³² Ibidem.

³³ Capano, G, Toth, F (2022), *cit.* alla nota 30, p. 4.

chiaro che questa strategia ha avuto l'effetto di trasformare le residenze per anziani in focolai di contagio³⁴.

Questo esempio porta al tema del fallimento delle politiche e di come questo sia utile da prendere in considerazione dal momento che il fallimento serve come stimolo per considerare la riprogettazione delle politiche e come occasione per l'apprendimento delle politiche stesse³⁵. Tuttavia, anche se il riconoscimento del fallimento di una politica dovrebbe favorire l'apprendimento, non è detto che ciò avvenga. Nel tentativo di mantenere la stabilità organizzativa, le organizzazioni possono limitare gli sforzi di valutazione, temendo che le spiegazioni del fallimento dei programmi li coinvolgano. Inoltre, nel tentativo di mantenere il potere, i leader governativi possono non essere disposti a riconoscere il fallimento. Tale rifiuto è particolarmente forte nelle amministrazioni dominate dall'ideologia, per le quali riconoscere il fallimento e imparare da esso comporterebbe un ripensamento dei valori ideologici fondamentali³⁶.

L'indagine globale dell'OMS condotta nel quarto trimestre del 2021 su 129 Paesi, tra cui l'Italia, ha individuato un miglioramento minimo o nullo per quanto riguarda le interruzioni dei servizi sanitari essenziali rispetto alla prima indagine condotta all'inizio del 2021³⁷. In più della metà dei Paesi intervistati è venuta meno anche l'assistenza quotidiana primaria e di comunità per la prevenzione e la gestione di alcuni dei più comuni servizi. Inoltre, i servizi di immunizzazione di routine sono stati interrotti del tutto a fine 2021³⁸.

Il 2020 e il 2021, vale a dire gli anni della pandemia da Covid-19 rappresentano un biennio straordinario per quanto riguarda le sfide, i bisogni sociali e gli investimenti in welfare realizzati per fronteggiarla. Le misure di distanziamento hanno avuto un impatto molto forte su alcuni settori fondamentali quali, la sanità, l'occupazione e la povertà. Per tale motivo, i vari livelli di governo (europeo, nazionale, locali) hanno stanziato una quantità molto elevata di risorse finanziarie

³⁴ *Ivi*, p. 7.

³⁵ May, P.J (1992), *cit.* alla nota 4.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *La salute nel mondo è sempre più "diseguale" e il Covid ha svelato che nessun Paese era pronto ad affrontare una vera emergenza sanitaria. Il bilancio Oms alla vigilia della 75^a Assemblea Mondiale che si è aperta a Ginevra,*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104949.

³⁸ *Ibidem*.

per far fronte all'emergenza sanitaria e alle sue conseguenze sociali, attraverso principalmente il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)³⁹.

Nelle diverse fasi del ciclo epidemico si è assistito a cambiamenti nelle priorità dell'agenda dei decisori pubblici. La priorità della sicurezza e della tutela della salute pubblica può richiedere un trade off con le finalità economiche che coinvolgono imprese e lavoratori⁴⁰. Di fronte a una pandemia, è chiaro che vi siano fasi in cui finalità sanitarie e finalità economiche sembrano entrare in conflitto tra loro.

Fondamentale è dunque il rapporto fra decisori pubblici ed esperti: la decisione politica infatti implica l'assunzione di responsabilità e saggezza alla luce dei risultati proposti dal discorso esperto. Quest'ultimo riguarda i mezzi per la soluzione di un problema dato mentre la responsabilità politica riguarda i fini di una determinata comunità.

Senza ombra di dubbio, prima dell'arrivo della pandemia, il settore sanitario poteva essere inquadrato nell'ambito delle "quiet politics", vale a dire una politica che raramente ha attratto l'attenzione dei media o del dibattito politico. Il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale è infatti sempre stato un argomento poco discusso nel confronto politico e raramente oggetto di promesse elettorali.

L'obiettivo di questo elaborato, alla luce di quanto esposto fino ad ora, è dunque capire quali siano state le principali sfide che il Servizio Sanitario Nazionale si è trovato improvvisamente a dover affrontare, se sia stato in grado di reagire in maniera efficace e, soprattutto, di apprendere dall'esperienza e introdurre così soluzioni innovative all'interno dell'organizzazione o, in caso contrario, provare ad individuare possibili soluzioni che le organizzazioni sanitarie dovrebbero implementare per essere pronte ad affrontare un'eventuale prossima pandemia.

³⁹ Maino. F (a cura di) (2021), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto Rapporto sul secondo welfare*, Torino: Giappichelli, p. 9.

⁴⁰ Veca. S (2020), *Riflettendo ai tempi del Coronavirus. Sei brevi riflessioni sulla pandemia*, <https://fondazionefeltrinelli.it/riflettendo-ai-tempi-del-coronavirus-sei-brevi-riflessioni-sulla-pandemia/>.

CAPITOLO II

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E L'EVOLUZIONE DELLE POLITICHE SANITARIE

1. L'istituzione del SSN

La configurazione del sistema sanitario italiano è il risultato di un processo socioculturale che comprende, sia l'evoluzione giuridica del diritto alla salute sia la storia politica-legislativa delle istituzioni amministrative⁴¹.

È importante sottolineare che prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), avvenuta con la legge n. 883/1978, il sistema assistenziale sanitario si reggeva su una molteplicità di enti mutualistici o casse mutue, tra cui vale la pena ricordare il più importante ovvero l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie⁴². Ogni ente si occupava di una determinata categoria di lavoratori che, assieme ai familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti ad esso. In questo modo, essi avevano la possibilità di godere dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dai lavoratori stessi e dai loro datori di lavoro. Questo significava che il diritto alla tutela della salute fosse correlato non all'essere cittadino bensì all'essere lavoratore (o suo familiare), con inevitabili casi di mancata copertura⁴³.

La nascita del Servizio Sanitario Nazionale è il frutto di un percorso particolarmente lungo⁴⁴. Per tale motivo è importante ripercorrere le principali tappe che, dal dopoguerra ad oggi, lo hanno portato a essere riconosciuto come uno dei migliori al mondo⁴⁵.

Tutto ha inizio con la Costituzione del 1948, in particolare con l'articolo 32 che afferma quanto segue: <<La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli

⁴¹ Benevento. E (2019), *Il diritto alla salute e le evoluzioni delle politiche sanitarie*, <<Cammino diritto>>, n. 2, pp. 2-4.

⁴² Ibidem.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ *Sanità pubblica, 8 tappe di una grande storia*, <https://www.assidai.it/sanita-pubblica-8-tappe-grande-storia/>.

⁴⁵ Ibidem.

indigenti [...]>>>⁴⁶. Tale norma è rivoluzionaria perché per la prima volta in Europa, il diritto alla salute diventa un diritto fondamentale garantito dalla Costituzione in particolare, un diritto individuale inviolabile e assoluto ma non solo, anche un bene di rilevanza collettiva⁴⁷.

La seconda tappa si raggiunge con la legge n. 296/1958⁴⁸ istitutiva del Ministero della Sanità che assorbe le competenze dell'Alto Commissariato e delle altre amministrazioni centrali preposte alla sanità pubblica⁴⁹.

Si arriva poi alla Riforma ospedaliera del 1968 realizzata con la Legge Mariotti⁵⁰, dal nome dell'allora ministro Luigi Mariotti. Con questa legge gli ospedali non sono più considerati degli enti caritatevoli ma diventano quelle strutture che conosciamo oggi ovvero enti pubblici⁵¹.

Questa fase rappresenta la premessa per la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito dalla legge n. 833/1978 (prima riforma sanitaria) e costituito dal <<[...] complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione [...]>>>⁵².

La legge n. 833/1978 sopprime il sistema mutualistico fino a quel momento in vigore.

L'articolo 1 della legge n. 833 stabilendo che <<La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale [...]>>>⁵³, andava a recepire i principi normativi contenuti nell'articolo 32 della Costituzione.

⁴⁶ Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 32.

⁴⁷ *Sanità pubblica, 8 tappe di una grande storia*, cit. alla nota 44.

⁴⁸ Legge, 13 marzo 1958, n. 296, *Costituzione del Ministero della Sanità*, GU n. 90 del 14 aprile 1958.

⁴⁹ *Sanità pubblica, 8 tappe di una grande storia*, cit. alla nota 44.

⁵⁰ Legge, 12 febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, GU n. 68 del 12 marzo 1968.

⁵¹ 1978: nasce il Sistema Sanitario Nazionale. La salute non è più un privilegio, ma un diritto, <https://www.raicultura.it/storia/articoli/2020/04/1978-nasce-il-Sistema-Sanitario-Nazionale-4deb7027-e47d-466b-9a57-0d9ea90d7c8d.html>.

⁵² Legge, 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, GU n. 360 del 28 dicembre 1978.

⁵³ *Ivi*, Articolo 1.

L'articolo 2 definisce gli obiettivi⁵⁴ del Servizio Sanitario Nazionale, vale a dire :

1) *”La formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un’adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità”.*

2) *”La prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro”.*

3) *”La diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata”.*

4) *”La riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica”.*

5) *”La promozione e la salvaguardia della salubrità e dell’igiene dell’ambiente naturale di vita e di lavoro”.*

6) *”L’igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti [...]”.*

7) *”Una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci [...]”.*

Così facendo, il Servizio Sanitario Nazionale veniva uniformato ai principi di universalità dei destinatari, uguaglianza di trattamento e globalità delle prestazioni⁵⁵.

La legge n. 883 articola il Servizio Sanitario Nazionale su tre livelli. Il primo riguarda il livello nazionale con funzioni di programmazione generale e stanziamento delle risorse, il secondo riguarda il livello regionale con funzioni legislative, programmatiche e di coordinamento ed infine, il terzo riguarda il livello locale formato dalle unità sanitarie locali (Usl) con compiti di gestione amministrativa diretta.

1.1 L’evoluzione del SSN: le riforme legislative

Negli anni '90 il modello di sanità previsto dalla legge n. 883 entra in crisi per due motivi principali. Da una parte, abbiamo l’insoddisfazione dei cittadini riguardo alla qualità delle prestazioni sanitarie erogate e una forte disparità di offerta dei servizi nelle Regioni, dall’altra, l’incontrollabilità dei costi e la deresponsabilizzazione economica porta la sanità a registrare continui deficit⁵⁶.

⁵⁴ Ivi, Articolo 2.

⁵⁵ Benevento, E (2019), *cit.* alla nota 41.

⁵⁶ Balducci, S, *Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale*, <https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>.

A tutto ciò va aggiunto che le Usl, non essendo dotate di personalità giuridica pubblica, finivano per essere meri esecutori degli enti locali⁵⁷.

Si assiste così a tre importanti riforme legislative nazionali. Il legislatore era infatti convinto che gli interventi normativi fossero necessari in quanto l'attribuzione del potere decisionale e delle responsabilità finanziarie in capo al livello locale avrebbe potuto condurre gli amministratori pubblici verso comportamenti di spesa virtuosa⁵⁸.

Le prime modifiche legislative nazionali vengono introdotte dai d.lgs. nn. 502/1992⁵⁹ e 517/1993⁶⁰ (seconda riforma sanitaria) che prevedevano l'introduzione di alcuni meccanismi di concorrenza amministrata mediante il trasferimento di competenze organizzative e finanziarie alle Regioni. Tra gli obiettivi principali di questi due interventi legislativi vi era sicuramente quello di procedere ad un contenimento della spesa sanitaria attraverso l'introduzione di nuovi modelli organizzativi maggiormente concorrenziali tra fornitori di prestazioni⁶¹. La programmazione della politica sanitaria veniva garantita attraverso il Piano sanitario nazionale che introduceva i cosiddetti Livelli essenziali di assistenza (LEA) da assicurare su tutto il territorio nazionale. Si procedeva così ad una regionalizzazione del sistema per cui le Regioni erano a conoscenza del tetto di spesa a loro assegnato nel Piano e, nel caso in cui avessero registrato un disavanzo, erano tenute a coprire la spesa eccedente attraverso il ricorso a risorse proprie⁶². Questa responsabilità di spesa portò ad un rafforzamento del potere delle Regioni. Esse, infatti, decidevano la programmazione territoriale e l'organizzazione delle proprie strutture sanitarie.

Un'altra novità fu la cosiddetta aziendalizzazione della gestione che trasformò le Unità Sanitarie Locali (Usl) da organizzazioni gestite dai Comuni ad aziende

⁵⁷ Benevento. E (2019), *cit.* alla nota 41, p. 6.

⁵⁸ Pellegrino. P (2005), *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, working paper n. 62, p. 3 ss.

⁵⁹ Decreto legislativo, 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, GU n. 305 del 30 dicembre 1992.

⁶⁰ Decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, GU n. 293 del 15 dicembre 1993.

⁶¹ Pellegrino. P (2005), *cit.* alla nota 58.

⁶² *Ibidem*.

pubbliche controllate dalle Regioni (Asl)⁶³. Tuttavia, questo iniziale progetto di autonomia regionale non prevedeva un sistema di sanzioni per chi non rispettasse i tetti di spesa⁶⁴.

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario viene completato dal d.lgs. n. 229/1999⁶⁵ noto anche come “riforma Bindi”, dal nome dall’allora Ministro della Sanità Rosy Bindi (terza riforma sanitaria). Le Aziende Sanitarie Locali (Asl), nonostante mantengano la caratteristica di strutture pubbliche, iniziano ad organizzarsi secondo un modello aziendale, vale a dire con meccanismi di flessibilità, autonomia imprenditoriale e responsabilità diretta della dirigenza⁶⁶. La riforma, dunque, disegna un modello di cooperazione amministrata per cui le responsabilità programmatiche sono attribuite, sia al Governo centrale che agli enti locali. Da questo momento, infatti, le Regioni concorrono alla definizione del Piano sanitario nazionale mentre i Comuni sono responsabili dell’organizzazione dei servizi attraverso la definizione dei distretti⁶⁷.

La riforma sanitaria del 1999 contiene una definizione, tuttora vigente, del Servizio Sanitario Nazionale quale <<[...] *complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell’ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto*>>⁶⁸. Questa definizione prospetta il Servizio Sanitario Nazionale come un assetto disegnato a livello statale che, al tempo stesso, valorizza i livelli locali e i compiti statali di coordinamento, di indirizzo e di indicazioni di standard che devono essere esercitati nel rispetto del principio di leale collaborazione e quindi, coinvolgendo i livelli regionali nelle decisioni che richiedono il loro coinvolgimento⁶⁹.

⁶³ Sanità, riforme e controriforme,

<https://sbilanciamoci.info/sanita-riforme-e-controriforme/#>.

⁶⁴ Pellegrino. P (2005), *cit.* alla nota 58.

⁶⁵ Decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, GU n. 165 del 16 luglio 1999.

⁶⁶ Benevento. E (2019), *cit.* alla nota 41, p. 8.

⁶⁷ Pellegrino. P (2005), *cit.* alla nota 58.

⁶⁸ Decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229, *cit.* alla nota 65, Articolo 1 comma 1.

⁶⁹ Balduzzi. R (2020), *Ci voleva l’emergenza Covid-19 per scoprire che cos’è il Servizio sanitario nazionale?*, <<Amministrazione In Cammino>>, p. 3.

La novità introdotta dalle due riforme legislative non è tanto quella di incidere sulla disciplina finanziaria delle Regioni, infatti, i valori della spesa corrente per la sanità e dell'incidenza di quest'ultima sul PIL, nel biennio successivo ai primi interventi normativi, sembrano contrarsi per poi tornare nuovamente a crescere. Il cambiamento significativo è il nuovo ruolo assunto dalle Regioni. Il Governo centrale programma la politica sanitaria con il Piano sanitario nazionale, individua gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, fissa le linee di indirizzo del SSN ed infine, stabilisce i Livelli essenziali di assistenza⁷⁰. Tutte queste decisioni vengono assunte all'interno della Conferenza Stato-Regioni. Si arriva così all'accordo del 22 novembre 2001, relativo alla definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza⁷¹, che diventerà in seguito il DPCM del 29 novembre 2001⁷².

1.2 L'evoluzione del SSN: la riforma costituzionale

Nel momento in cui le Regioni iniziano a manifestare la volontà di decidere autonomamente in materia di sanità, l'attenzione si sposta sulla possibilità di introdurre delle modifiche al testo costituzionale al fine di trovare un equilibrio tra l'autonomia regionale e la garanzia dei diritti dei singoli cittadini.

Le modifiche vengono introdotte con la legge costituzionale n. 3/2001⁷³ riguardante la riforma del titolo V della Costituzione (nella parte relativa ai rapporti tra Stato-Regioni ed enti locali). L'obiettivo della legge costituzionale è quello di ridefinire la ripartizione delle competenze legislative tra Governo centrale ed enti locali. In particolare, il nuovo testo dell'articolo 117 classifica le materie di intervento pubblico all'interno di tre competenze, vale a dire la "competenza legislativa esclusiva dello Stato", la "competenza legislativa concorrente" in cui le Regioni possono legiferare all'interno di un quadro definito

⁷⁰ Pellegrino. P (2005), *cit.* alla nota 58.

⁷¹ <<I livelli essenziali di assistenza sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)>>.

⁷² Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, GU n. 33 dell'8 febbraio 2002.

⁷³ Legge costituzionale, 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, GU n. 248 del 24 ottobre 2001.

dal Governo centrale ed infine, la “competenza legislativa esclusiva delle Regioni”.

In particolare, lo Stato ha competenza esclusiva nella <<*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*>>⁷⁴ e nella <<*profilassi internazionale*>>⁷⁵. A tal proposito, la legge ordinaria ha stabilito che lo Stato eserciti tale competenza d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni e, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 134/2006⁷⁶, ha previsto che tale procedimento si applichi anche al regolamento riguardante gli standard strutturali e tecnologici ospedalieri in quanto ritenuti specificazione dei Livelli essenziali di assistenza⁷⁷.

Ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato è di competenza legislativa esclusiva delle Regioni.

La <<*tutela della salute*>>⁷⁸ viene ricompresa tra le materie di competenza legislativa concorrente fra Stato e Regioni in particolare, lo Stato ha il compito di fissare i principi fondamentali che stabiliscono standard e/o livelli omogenei di prestazioni e servizi, lasciando alle Regioni l’individuazione della disciplina di dettaglio.

Nel testo originario dell’articolo 117 della Costituzione <<l’assistenza sanitaria e ospedaliera>> era ricompresa fra le materie di potestà legislativa concorrente fra Stato e Regioni. Il decentramento delle competenze sanitarie, coerente con la necessità di assicurare una gestione quanto più prossima ai bisogni degli utenti, è stato mantenuto nel tempo e confermato con la riforma costituzionale del Titolo V⁷⁹. Nel nuovo testo dell’articolo 117 della Costituzione, la <<tutela della salute>> è affidata alla competenza legislativa concorrente, la quale ingloba ma non esaurisce l’ambito dell’<<assistenza sanitaria e ospedaliera>>.

⁷⁴ Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 117.

⁷⁵ Ibidem.

⁷⁶ Corte costituzionale, 31 marzo 2006, n. 134, GU n. 14 del 5 aprile 2006.

⁷⁷ Balduzzi. R (2020), *cit.* alla nota 69.

⁷⁸ Costituzione della Repubblica italiana, *cit.* alla nota 74.

⁷⁹ Scaccia. G, D’Orazi. C (2020), *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, <<Forum di Quaderni Costituzionali>>, n. 3/2020, p. 110.

La Corte costituzionale ha interpretato in maniera estensiva la nozione di “principio fondamentale” ricomprendendo in tale ambito⁸⁰:

1) L'imposizione del pagamento di una quota di partecipazione alla spesa sanitaria a carico degli utenti per le prestazioni non esenti (questo perché la determinazione della spesa è prevalentemente rigida e non si presta a venire manovrata se non dagli organi centrali di governo).

2) L'individuazione di impianti di recupero e di smaltimento rifiuti di preminente interesse nazionale.

3) La determinazione della quantità di farmacie presenti sul territorio in base alla sua popolazione.

4) L'imposizione di un obbligo vaccinale per i minori di sedici anni.

Quindi, lo Stato deve definire i principi fondamentali per rendere effettivo il diritto alla salute mentre la concreta organizzazione del servizio sanitario su base territoriale spetta alle Regioni, nel rispetto del principio di leale collaborazione⁸¹.

Ai fini di questo elaborato è importante citare la sentenza n. 137/2019⁸² con la quale viene stabilito che rientra nella competenza delle Regioni la regolamentazione delle presenze nei reparti degli istituti di cura, al fine di prevenire le epidemie.

Dunque, sulla base del principio di sussidiarietà⁸³ previsto dall'articolo 118 della Costituzione⁸⁴, il Servizio Sanitario Nazionale si articola su tre livelli di governo.

Il primo è costituito dal livello centrale in cui il Ministero della Salute (sostenuto da numerosi enti specializzati) ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante i Livelli essenziali di assistenza e distribuisce i fondi nazionali alle Regioni⁸⁵.

L'erogazione dei LEA si articola su tre livelli: assistenza sanitaria collettiva, assistenza di base e medicina per la salute della comunità ed infine, assistenza ospedaliera.

⁸⁰ *Ivi*, p. 111.

⁸¹ *Ivi*, p. 112.

⁸² Corte costituzionale, 6 giugno 2019, n. 137, GU n. 24 del 12 giugno 2019.

⁸³ Il principio di sussidiarietà è quel principio per cui l'ente di livello superiore svolge le funzioni amministrative solo quando queste non possono essere svolte dall'ente di livello inferiore.

⁸⁴ Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 118.

⁸⁵ *Servizio sanitario nazionale*,

<https://www.salute.gov.it/pianoNazionaleIntegrato2015/dettaglioPianoNazionaleIntegrato2015.jsp?cap=capitolo2&sez=pni-cap2-autoritacompetenti&id=1104>.

Il secondo, invece, è formato dal livello regionale secondo cui le Regioni sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria e dunque di assicurare i Livelli essenziali di assistenza nella rispettiva area di competenza.

Dal 2001, lo strumento principale per organizzare l'assistenza sanitaria pubblica sono gli accordi tra Stato e Regioni.

Infine, troviamo le aziende sanitarie locali (Asl) e gli ospedali indipendenti che hanno il compito di erogare le prestazioni sanitarie e assistenziali su tutto il territorio nazionale.

1.3 Modalità di finanziamento del SSN

Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal d.lgs. n. 56/2000⁸⁶ che ha previsto un sistema di finanziamento basato sulla capacità fiscale regionale, corretto però da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA⁸⁷.

Il finanziamento pubblico rappresenta il 70% della spesa sanitaria totale mentre le compagnie di assicurazione private (finanziamento non pubblico) costituiscono l'11%⁸⁸. I pagamenti diretti e il ticket coprono la parte rimanente (intorno al 19%)⁸⁹.

A partire dagli anni 2000 il sistema sanitario è stato investito da un processo di decentramento fiscale, dal Governo centrale alle Regioni. Nonostante la maggior parte dei finanziamenti sia raccolta a livello nazionale e ridistribuita alle Regioni, è comunque possibile una variazione regionale nelle aliquote fiscali⁹⁰. Le Regioni devono distribuire le loro risorse indicativamente nel seguente modo: assistenza di

⁸⁶ Decreto legislativo, 18 febbraio 2000, n. 56, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, GU n. 62 del 15 marzo 2000.

⁸⁷ *Il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, [https://temi.camera.it/leg17/post/app la composizione dei finanziamenti del fabbisogno sanitario nazionale#:~:text=56%2F2000%20che%20ha%20previsto,e%20la%20compartecipazione%20a%20l%27IVA.](https://temi.camera.it/leg17/post/app%20la%20composizione%20dei%20finanziamenti%20del%20fabbisogno%20sanitario%20nazionale#:~:text=56%2F2000%20che%20ha%20previsto,e%20la%20compartecipazione%20a%20l%27IVA.)

⁸⁸ Progress Consulting S.r.l, Living Prospects Ltd (2012), *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE: il ruolo degli enti locali e regionali*, p. 49, <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf>.

⁸⁹ Ibidem.

⁹⁰ Luiss Business School (a cura di) (2016), *L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto per costruire il servizio sanitario nazionale del futuro*, p. 67-68.

base (44%), assistenza secondaria-terziaria (51%) e prevenzione (5%)⁹¹. Questo fa sì che il sistema di finanziamento presenti una base imponibile distribuita in maniera disomogenea, uno spazio minore di manovra per le Regioni più povere e, conseguentemente, la necessità per queste ultime di aumentare le basi imponibili rispetto alle Regioni a reddito alto, con inevitabili disincentivi per l'inserimento di attività commerciali.

1.4 I principi del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale, si regge su tre principi fondamentali⁹²:

1) "Principio di universalità", vale a dire l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione. Questo principio viene realizzato, in concreto, attraverso il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione.

2) "Principio di uguaglianza", vale a dire nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche tra i cittadini nell'accesso alle prestazioni del SSN. Ai cittadini che non appartengono a categorie esenti viene richiesto il pagamento di un ticket che varia a seconda del servizio sanitario.

3) "Principio di globalità", vale a dire parità di accesso per i cittadini in rapporto a uguali bisogni di salute. Affinchè tale principio possa realizzarsi è necessario, in primo luogo, garantire a tutti i cittadini qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza delle prestazioni sanitarie, in secondo luogo, è necessario che il medico, l'infermiere o l'operatore sanitario avvii con il paziente una comunicazione corretta sulla prestazione sanitaria e adeguata al suo grado di istruzione e comprensione.

I principi fondamentali del SSN devono essere integrati da alcuni principi organizzativi⁹³ che rappresentano la base per la programmazione sanitaria:

1) "Centralità della persona", vale a dire una serie di diritti in capo ai singoli cittadini che si traducono in doveri per gli operatori sanitari. Vi rientrano la libertà di scelta del luogo di cura, il diritto a essere informato sulla malattia, il diritto a essere informato sulla terapia e dare o meno il consenso.

⁹¹ Ibidem.

⁹² Ministero della Salute, *I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN)*, <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.

⁹³ Ibidem.

2) "Responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute", così come stabilito dall'articolo 117, comma 2, lettera m, lo Stato determina i Livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e verifica la loro effettiva erogazione mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito del territorio di loro competenza e avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere.

3) "Collaborazione tra i livelli di governo del sistema sanitario nazionale", vale a dire che, Stato, Regioni e Comuni devono collaborare al fine di garantire condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale.

4) "Valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari", con cui si intende non solo la loro professionalità in senso tecnico ma intesa anche come la capacità di rapportarsi con i pazienti e colleghi.

2. Le caratteristiche politico-istituzionali del SSN

Le principali caratteristiche del Servizio Sanitario Nazionale sono essenzialmente tre: la politicizzazione della sanità, il basso finanziamento ed infine la regionalizzazione della politica sanitaria⁹⁴. Le prime due possono al tempo stesso essere considerate anche tra le principali criticità di tale sistema.

Per quanto riguarda la prima caratteristica è possibile evidenziare come la politica sanitaria abbia vissuto, prima del Covid-19, una limitata politicizzazione rispetto ad altri temi concernenti il welfare. Questo lo si può osservare nella scarsa centralità del tema della sanità nelle campagne elettorali e nei programmi politici ma è anche dovuto al fatto che le opinioni degli italiani in merito sono abbastanza trasversali rispetto al voto. Al contrario, risulta essere un tema molto politicizzato a livello locale, soprattutto regionale, in quanto rappresenta una parte sostanziale delle competenze delle Regioni sia in termini di spesa che di percezione tra i cittadini⁹⁵. Dunque, se da un lato, le Regioni avrebbero, sulla base del dettato costituzionale, ampie competenze in materia di organizzazione sanitaria, dall'altro, la politica regionale non gode di ampi margini di libertà di azione essendo vincolata da norme nazionali e dai vincoli di bilancio.

⁹⁴ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 12-13.

⁹⁵ *Ibidem*.

Per quanto riguarda la seconda caratteristica, possiamo dire che essa è una conseguenza della prima. Negli ultimi dieci anni la spesa sanitaria pro-capite a prezzi costanti è diminuita del 10% contribuendo così ad aumentare il divario tra l'Italia e gli altri Paesi europei, in relazione alle risorse economiche per la sanità pubblica. Se nel 2000, l'Italia spendeva circa il 9% in meno della media UE, nel 2018 il divario aumenta al 27% (Ocse, 2020)⁹⁶. Questi dati sono particolarmente preoccupanti in un Paese come l'Italia caratterizzato da un alto invecchiamento della popolazione e un sostanziale disinvestimento della sanità pubblica. La riduzione delle risorse pubbliche nel settore della sanità, dovuta essenzialmente alle politiche di austerità introdotte a partire dalla crisi finanziaria del 2008, ha avuto i suoi effetti soprattutto in termini di riduzione dei servizi e del personale, con la conseguente tendenza alla privatizzazione della spesa sanitaria⁹⁷. Oggi più della metà dei medici italiani ha più di 55 anni, una delle percentuali più alte in Europa, così come tra le più basse è la percentuale di infermieri ogni mille abitanti.

Nel decennio precedente alla crisi finanziaria del 2008 (dal 1997 al 2007), la spesa sanitaria pubblica cresceva a un tasso medio del 6,2% annuo. Nello stesso arco temporale, la spesa sanitaria privata cresceva ad un tasso medio del 2,7% ogni anno. Al contrario, nel decennio successivo alla crisi (dal 2008 al 2018) la spesa sanitaria pubblica cresceva ad un tasso medio di appena lo 0,6% mentre la spesa sanitaria privata ha continuato ad aumentare a un tasso simile a quello del decennio precedente ovvero il 2,6%⁹⁸. La crisi finanziaria ha dunque modificato l'equilibrio tra spesa pubblica e privata. È come se i cittadini, in qualche modo, si fossero trovati costretti, a fronte di tale riduzione, a dover pagare maggiormente di tasca propria. Inoltre, di fronte a vincoli di budget sempre più stringenti, le Regioni sono state costrette a riorganizzare la propria offerta di servizi sanitari. Dunque, la riduzione della spesa sanitaria pubblica ha avuto come conseguenza il rafforzamento delle misure di austerità all'interno del servizio sanitario pubblico.

⁹⁶ Ibidem.

⁹⁷ Giorgi. C (2020), *Le politiche sanitarie italiane, ieri, oggi e domani*, <<Centro per la riforma dello Stato>>.

⁹⁸ Toth. F, Lizzi. R (2019), *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, <<Il Mulino>>, Fasciolo 2, pp. 297-314.

Si è infatti proceduto a tagliare i posti letto, a chiudere i piccoli ospedali, ad aggregare le aziende sanitarie e a bloccare il turnover del personale.

Molte misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica, però, erano già in corso prima ancora dello scoppio della crisi finanziaria. La crisi ha semplicemente contribuito a renderle più legittime agli occhi dell'opinione pubblica. Nel corso degli anni Novanta e nei primi anni Duemila, le Regioni italiane avevano infatti accumulato un importante debito sanitario. Al fine di costringere le amministrazioni regionali a contenere il deficit sanitario, il Governo nazionale aveva dovuto ricorrere ai cosiddetti piani di rientro, strumento introdotto a partire dal 2006, quindi prima che arrivasse la crisi, in seguito alla stipula del primo Patto per la salute⁹⁹. Il piano di rientro è un accordo che la Regione, che si trova in una condizione di forte disavanzo (superiore al 5% dell'intera spesa sanitaria regionale), stipula con il Ministero della Salute e con quello dell'Economia. Tale strumento ha una durata triennale e ha come obiettivo quello di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario della Regione in questione.

Le misure di austerità, tra cui appunto i piani di rientro, hanno contribuito a rimettere in ordine i conti di quasi tutte le Regioni ma hanno anche finito per impoverire la qualità dei servizi erogati costringendo così i pazienti a spostarsi verso le Regioni non sottoposte a piani di rientro.

Una delle conseguenze inevitabili della riduzione della spesa sanitaria pubblica è l'aumento di quella privata e, in particolare, dei fondi sanitari integrativi. Con il termine sanità integrativa ci si riferisce a tutte le forme di assicurazione sanitaria privata che diano diritto a una copertura aggiuntiva rispetto a quella offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

Da una parte, abbiamo coloro che vedono in maniera positiva il rafforzamento di un secondo pilastro della sanità costituito appunto dalla sanità integrativa, dall'altra invece, vi sono coloro che sostengono che la sanità integrativa stia facendo venir meno le basi pubbliche, egualitarie e solidaristiche del Servizio Sanitario Nazionale, contribuendo a generare una disparità di trattamento tra i

⁹⁹ Ibidem.

cittadini che possiedono una qualche forma di assicurazione privata e quelli che invece ne sono sprovvisti¹⁰⁰.

La crisi finanziaria non ha rappresentato una cesura con il passato bensì, ha svolto la funzione di catalizzatore di processi avviati in precedenza, tra cui i tagli alla spesa sanitaria pubblica e la conseguente espansione della sanità integrativa¹⁰¹.

La tendenza alla privatizzazione sembra essere confermata da una serie di indizi. Nell'ultimo decennio il personale sanitario ha subito una drastica riduzione e sembrerebbe non esserci alcuna inversione di rotta se consideriamo i limiti previsti nella spesa corrente e i vincoli che limitano le assunzioni stabili. Infatti, le assunzioni di medici e infermieri realizzate per fronteggiare la pandemia da Covid-19 sono state a tempo determinato¹⁰².

Per quanto riguarda il secondo indizio, durante la pandemia la maggior parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con effetti negativi sulla salute della popolazione. La ripresa delle attività ordinarie sembra essere molto lenta, conseguentemente i pazienti si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche e a ricorrere sempre di più al privato che al contrario, avendo contribuito in maniera molto ridotta all'emergenza sanitaria, non ha bisogno di ristrutturazioni e riorganizzazione. Un possibile rischio è che i 500 milioni che sono stati messi a disposizione per smaltire le liste di attesa, finiscano nelle mani dei privati, indebolendo ulteriormente l'offerta pubblica e aumentando il potere di mercato dei soggetti privati¹⁰³.

Inoltre, non bisogna dimenticare l'impatto sociale di questa tendenza. Il ricorso alla sanità privata per rispondere a bisogni sanitari crescenti che non vengono soddisfatti in maniera adeguata dalla sanità pubblica, rischia di peggiorare la situazione economica delle famiglie con redditi più bassi che potrebbero così decidere di rinunciare alle cure, con conseguenze molto negative sulle condizioni di salute della popolazione più vulnerabile¹⁰⁴.

¹⁰⁰ Ibidem.

¹⁰¹ Ibidem.

¹⁰² *La sanità italiana verso una privatizzazione strisciante. Il Governo fermi questa deriva*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98186.

¹⁰³ Ibidem.

¹⁰⁴ Maino. F (a cura di) (2021), *cit.* alla nota 39, p. 12.

La terza caratteristica politico-istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale è rappresentata dalla regionalizzazione della politica sanitaria.

La regionalizzazione del SSN si articola in due fasi.

La prima è quella del cosiddetto “universalismo differenziato” (2001-2007) in cui si è cercato di dare una omogeneità nazionale centrata sui Livelli essenziali di assistenza ma con effetti diversi in termini attuativi e di performance dei Sistemi Sanitari Regionali.

La seconda fase è quella del cosiddetto “universalismo ridotto” (2008 - fino alla pandemia) in cui la tendenza di alcune Regioni verso l’autonomia differenziata tende a svalutare i territori meno performanti e a far venir meno il principio di universalismo nazionale¹⁰⁵. Questo ha come conseguenza il fatto che il Governo centrale non riesca a garantire l’uniformità dei servizi sul territorio nazionale.

Per rispettare la Costituzione sarebbe auspicabile passare da un “regionalismo differenziato” a un “regionalismo responsabile”, rafforzando il ruolo di coordinamento dello Stato nella fissazione degli obiettivi e degli strumenti di controllo per monitorare ed eventualmente intervenire nel caso in cui gli obiettivi non venissero rispettati. Per tale motivo sarebbe utile introdurre un sistema di valutazione delle performance affidato ad agenzie esterne in quanto contribuirebbe a garantire un corretto equilibrio tra il livello centrale e i territori¹⁰⁶.

3. Lo stato della sanità in Italia prima del Covid-19

Nonostante il significativo disinvestimento nella sanità pubblica, che si manifesta con carenza di personale, contrazione della spesa sanitaria e un importante divario nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni, gli indicatori generali di salute e di efficacia del Servizio Sanitario Nazionale restano buoni, seppur con qualche elemento di preoccupazione¹⁰⁷. Ciò viene dimostrato dalla Commissione europea e dall’OCSE prendendo in considerazione

¹⁰⁵ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 14.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ Ufficio parlamentare di bilancio (2019), *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico n. 6 del 2 dicembre 2019, p. 8.

tre elementi:

1)Efficacia

L'Italia ha uno dei tassi più bassi di mortalità prevenibile e trattabile di tutta l'Unione europea. Nel 2016, in Italia, 110 su 100.000 abitanti sono morti per cause di mortalità prevenibile (si tratta del secondo dato migliore nell'Unione europea, dopo Cipro) contro una media europea di 161 su 100.000 abitanti. Inoltre, 67 su 100.000 abitanti sono deceduti per cause di mortalità trattabile (si tratta del quarto dato migliore) contro una media europea di 93 su 100.000 abitanti.

Con riferimento alla speranza di vita alla nascita, sempre nel 2016, l'Italia si colloca al secondo posto in Europa con una media di 82,8 anni.

Per quanto riguarda il tasso di ricovero ospedaliero effettuato per le malattie croniche come il diabete o l'asma, bisogna dire che l'Italia ha uno dei tassi più bassi dell'Unione europea, così come il tasso di mortalità infantile.

Inoltre, il tasso di sopravvivenza ai tumori risulta essere più alto (seppur di poco) rispetto agli altri Paesi europei¹⁰⁸.

2)Accessibilità

Per quanto riguarda l'accessibilità alle cure, nel 2017 solo il 2% della popolazione residente in Italia ha segnalato un bisogno sanitario non soddisfatto dovuto principalmente ai costi e ai tempi lunghi delle liste di attesa. Questo dato è in linea con la media europea. La percentuale del 2% mostra l'esistenza di situazioni di accesso alle cure molto diverse tra le singole Regioni, infatti, il tasso di bisogno sanitario non soddisfatto è più alto tra i redditi più bassi e, chi vive nelle Regioni meridionali ha più probabilità di avere un accesso alle cure meno soddisfacente. Per tale motivo sono sempre di più le persone che tendono a spostarsi dal Sud al Nord per ricevere prestazioni sanitarie.

Una delle conseguenze della crisi economica del 2008 è stata l'aumento del 2,5% dei pagamenti in spesa sanitaria effettuati direttamente a carico dei pazienti. Si è infatti passati dal 21% nel 2009 al 23,5% nel 2017. Nel resto dei Paesi europei la media è del 16%.

Infine, la composizione anagrafica dei medici attualmente in esercizio pone grosse

¹⁰⁸ *L'Italia ha davvero uno dei sistemi sanitari migliori in Ue e nel mondo?*, <https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-02-27/coronavirus-sistema-nazionale-ssn-7243927/>.

preoccupazioni circa la capacità del sistema sanitario di rispondere alle esigenze sanitarie della popolazione in futuro¹⁰⁹.

3) Resilienza

Con questo termine si intende la capacità di un sistema sanitario di adeguarsi efficacemente a shock e crisi improvvise.

L'Italia spende meno degli altri Paesi europei in sanità pubblica. Questo inevitabilmente riduce la capacità del sistema sanitario di far fronte a crisi improvvise.

Tra il 2000 e il 2017 si è passati da 3,9 posti letto pro capite in ospedale ogni 1000 abitanti a 3,2 posti letto pro capite in ospedale ogni 1000 abitanti, contro una media europea pari a 5 posti letto pro capite in ospedale ogni 1000 abitanti. Da un lato, la riduzione dei posti letto potrebbe contribuire a migliorare l'efficienza in quanto porterebbe ad un migliore utilizzo delle risorse, dall'altro però, rischia di ridurre la quantità e la qualità dei servizi¹¹⁰.

Nel febbraio 2019, Bloomberg News, una delle aziende leader nel mondo nell'ambito dell'analisi finanziaria, ha pubblicato la sua classifica dal nome "Bloomberg Global Health Index" che valuta la salute della popolazione in 169 Paesi membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, prendendo in considerazione una serie di indicatori, tra cui la speranza di vita, l'accesso alle cure e i fattori comportamentali della popolazione e quelli ambientali¹¹¹. Nel 2017 l'Italia si collocava nella prima posizione mentre risultava essere seconda nel 2019 (primo posto occupato dalla Spagna). La collocazione estremamente positiva dell'Italia in questa classifica è dovuta al fatto che, nonostante i limitati investimenti, il sistema primario di cura (rappresentato dai medici di base) è in grado di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero e quindi è in grado di fare prevenzione; il sistema secondario di cura (rappresentato dagli ospedali) è in grado di far fronte a malattie gravi; abbiamo poi un basso tasso di mortalità per malattie che possono essere previste (tumori al polmone, al fegato) o trattate

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ Ibidem.

¹¹¹ *L'Italia ha davvero uno dei sistemi sanitari migliori in Ue e nel mondo?*, cit. alla nota 108.

efficacemente e in tempo (tumore al seno, infarto, diabete) ed infine, l'elevata aspettativa di vita alla nascita¹¹².

Nel maggio del 2018 la rivista scientifica "The Lancet" ha pubblicato la sua classifica dal nome "Healthcare Quality ad Access Index" che mette in relazione la mortalità evitabile per diverse malattie con altri elementi, tra cui la spesa sanitaria pro capite. L'Italia risulta essere al nono posto su 195 Paesi al mondo, davanti ai principali Paesi europei e ai membri del G7¹¹³.

Non mancano però i difetti per l'Italia, tra cui ricordiamo una scarsa diffusione dei farmaci generici, i troppi parti cesarei e i troppi medici rispetto alla media OCSE e al numero di infermieri pro-capite ed infine, una scarsa digitalizzazione del sistema sanitario.

Se da un lato, la sanità italiana rispetto agli altri Paesi sviluppati, in particolare a quelli europei, mostra dati positivi per quanto riguarda i tassi di mortalità e di ricovero e la speranza di vita, dall'altro però, la riduzione delle risorse destinate alla sanità potrebbe causare problemi, soprattutto per il futuro.

Il calo dei posti letto, i problemi legati alle assunzioni di nuovi medici e infermieri, l'invecchiamento della popolazione e la rallentata crescita economica del Paese, potrebbero generare problemi all'efficienza del nostro sistema sanitario¹¹⁴.

Ed effettivamente queste criticità del Servizio Sanitario Nazionale, insieme a quelle analizzate nei precedenti paragrafi, sono state portate alla luce dall'emergenza sanitaria.

4. Due modelli di sanità

Con la legge n. 833/1978 l'Italia passa da un sistema mutualistico, che è possibile inquadrare all'interno del modello Bismarck, a un Servizio Sanitario Nazionale classificabile come modello Beveridge¹¹⁵.

¹¹² *La sanità in Italia a confronto con quella degli altri Stati europei*, <https://www.ancescao.it/rubriche/una-finestra-sull-europa/1013-la-sanita-in-italia-a-confronto-con-quella-degli-altri-stati-europei>.

¹¹³ *L'Italia ha davvero uno dei sistemi sanitari migliori in Ue e nel mondo?*, cit. alla nota 108.

¹¹⁴ Ibidem.

¹¹⁵ Pessina. E.A, Longhi. S (2009), *Beveridge vs Bismarck*, <<Salute internazionale>>, p. 1, <https://www.saluteinternazionale.info/2009/06/beveridge-vs-bismarck/?pdf=2086>.

Questi due modelli costituiscono i principali sistemi sanitari d'Europa¹¹⁶ e si differenziano principalmente in base alle modalità di finanziamento del sistema, alle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e in base al ruolo assunto dalle Regioni e dai Comuni, vale a dire la divisione dei poteri e delle responsabilità in materia di legislazione, programmazione e attuazione sanitaria¹¹⁷.

Per quanto riguarda il modello Bismarck, detto anche sistema di assicurazione sanitaria e sociale, esso fu creato durante il governo di Bismarck nel 1883 ed è incentrato sulle assicurazioni sociali obbligatorie. Il principio assicurativo garantisce al lavoratore e alla sua famiglia la copertura sanitaria attraverso contributi sociali, al cui versamento partecipano i datori di lavoro. I contributi raccolti sono amministrati dalle mutue (assicurazioni pubbliche o private) che agiscono come acquirenti e finanziatori dei servizi sanitari¹¹⁸. Lo Stato si occupa di controllare la concorrenza, di legiferare in materia e di sussidiare il sistema, solitamente per i meno abbienti. In questo caso sono i contributi obbligatori versati dai datori di lavoro e dai dipendenti che finanziano il sistema sanitario. Tale sistema lo ritroviamo per esempio in Germania e in Francia.

Per quanto riguarda il modello Beveridge, noto anche come sistema universalistico, esso fu ideato nel 1942 da William Beveridge, economista ed esperto di politica sociale, il quale fu incaricato dal governo conservatore, presieduto da Winston Churchill, di analizzare i sistemi di sicurezza sociale. Egli riteneva che fosse compito dello Stato proteggere i cittadini “dalla culla alla tomba” (from cradle to the grave) e lottare contro i cinque grandi mali ovvero miseria, malattia, ignoranza, impoverimento e ozio¹¹⁹. Questo modello assicura una copertura universale a tutti i cittadini attraverso la fiscalità generale, rispettando così il diritto sociale di assicurare un buono stato di salute a tutta la

¹¹⁶ Sciretti. B (2019), *Sistemi sanitari a confronto: Bismarck vs Beveridge*, <https://istitutoliberal.it/sistemi-sanitari-a-confronto-bismarck-vs-beveridge/>.

¹¹⁷ *Sistema Sanitario italiano: un dono che fa la differenza*, <https://www.fatebenefratelli.it/blog/sistema-sanitario-italiano-un-dono-che-fa-la-differenza>.

¹¹⁸ Luzi. E (2019), *Modelli di Sistemi Sanitari e Sistema Sanitario Nazionale*, http://www.diss.uniroma1.it/moodle2/pluginfile.php/14693/mod_resource/content/1/Lezione%20VIII-IX%2020-21%20novembre%202019.pdf.

¹¹⁹ <<Dalla culla alla tomba>>: il modello Beveridge per un'ampia previdenza, <https://www.storiadellasicurezzasociale.ch/sintesi/1942>.

popolazione. Tale sistema lo ritroviamo per esempio in Italia, Regno Unito, Spagna e Svezia.

L'intervento pubblico, meno presente nel modello Bismarck e più marcato nel modello Beveridge, elimina la correlazione tra contributo del cittadino ed effettivo utilizzo dei servizi, legandolo così a criteri del sistema fiscale, tra cui la capacità contributiva¹²⁰.

Per quanto riguarda, invece, la modalità di erogazione dei servizi, nel modello Bismarck gli erogatori possono essere sia pubblici che privati mentre nel modello Beveridge l'erogazione è affidata principalmente a strutture pubbliche mentre il settore privato è ridotto¹²¹.

Da questi due modelli bisogna tenere ben separato il cosiddetto modello misto che ritroviamo, per esempio, negli Stati Uniti. Per quanto riguarda la prima dimensione ovvero la modalità di finanziamento, bisogna dire che tra i Paesi OCSE, gli Stati Uniti sono l'unico Paese il cui meccanismo di finanziamento prevalente è l'assicurazione volontaria, vale a dire che le entrate per finanziare le prestazioni sanitarie provengono principalmente dai cittadini e dalle imprese di assicurazione con cui i cittadini stipulano contratti di assicurazione volontaria. Per quanto riguarda, invece, la seconda dimensione ovvero la modalità di erogazione dei servizi, negli Stati Uniti gli erogatori sono prevalentemente privati¹²².

Tornando ai due modelli principali di sanità è opportuno evidenziarne i rispettivi vantaggi e svantaggi. Questi ultimi sono stati oggetto di discussione per molto tempo ma solo in termini qualitativi.

Tra i limiti del modello Bismarck bisogna ricordare: una minor propensione delle imprese ad assumere, una frequente assenza di copertura universale, le differenze molto marcate tra gruppi di popolazione per quanto riguarda le aliquote contributive, il maggior costo del sistema di prelievo e i maggiori costi di transazione derivanti dalla separazione tra acquirenti ed erogatori¹²³. Tra i vantaggi va ricordato il fatto che tali sistemi offrono un collegamento più diretto tra i sacrifici e dunque il prelievo contributivo e l'utilità ovvero l'assistenza

¹²⁰ Luiss Business School (a cura di) (2016), *cit.* alla nota 90, p. 135.

¹²¹ *Ivi*, p. 138.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ Pessina. E.A, Longhi. S (2009), *cit.* alla nota 115, pp. 1 ss.

ricevuta, che potrebbe al tempo stesso garantire un minor tasso di evasione. Inoltre, il modello Bismarck è caratterizzato da una separazione tra acquirenti ed erogatori, dalla presenza rilevante di erogatori privati, da una maggiore concorrenza tra erogatori e dalla remunerazione degli erogatori tramite tariffe per prestazione¹²⁴.

Il modello Beveridge, invece, è caratterizzato dall'integrazione delle responsabilità di finanziamento e di erogazione e dall'affidamento ai Medici di Medicina Generale della funzione di gatekeeping. Tra i vantaggi possono, dunque, essere citati: una migliore qualità dell'assistenza e una maggiore attenzione alla sanità pubblica.

Non mancano però le eccezioni, tra cui l'Italia che ha per esempio introdotto la separazione tra acquirenti e produttori ed elementi di remunerazione e tariffa¹²⁵.

È interessante analizzare come si comportano i due modelli di sanità in relazione alla spesa sanitaria, allo stato di salute e al mercato del lavoro.

Per rispondere a tali interrogativi possono essere utilizzati quattro indicatori di risultato: la spesa sanitaria pro-capite (deflazionata e convertita nella stessa valuta tramite la parità di potere d'acquisto), gli anni potenziali di vita perduta per nove cause di morte evitabili, vale a dire per le quali un'assistenza tempestiva ed efficace può evitare la morte, la percentuale di occupati ed infine, la percentuale di lavoratori dipendenti rispetto ai lavoratori autonomi¹²⁶.

Rispetto a tali indicatori è possibile evidenziare una sistematica inferiorità del modello Bismarck.

In particolare, tale modello incrementa del 3-4% la spesa sanitaria pro-capite, la maggior spesa non viene tradotta in un beneficio sul fronte degli outcome (in particolare, per quanto riguarda la mortalità prematura per cancro alla mammella incrementa del 5-6% gli anni potenziali di vita perduti, probabilmente per la minor presenza della medicina preventiva e della sanità pubblica), riduce la percentuale di occupati ed infine, riduce dell'8-10% la quota di occupazione dei lavoratori dipendenti¹²⁷.

¹²⁴ Ibidem.

¹²⁵ Ibidem.

¹²⁶ Wagstaff. A (2009), *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD*, <<The World Bank>>, Working paper n. 4821.

¹²⁷ Ibidem.

Nonostante questa ricerca ritenga che i sistemi sanitari a modello Beveridge si comportino, in media, meglio rispetto alla spesa sanitaria, allo stato di salute e al mercato del lavoro, la pandemia da Covid-19, uno shock improvviso e senza precedenti, ha comunque rappresentato un significativo stress test per il nostro sistema sanitario contribuendo a metterne in luce tutti i suoi limiti.

La pandemia ha infatti mostrato lo stato di salute della nostra società.

Nonostante i principi di universalità, uguaglianza e globalità su cui si regge il nostro SSN, la protezione dal contagio non viene garantita a tutti in egual maniera: abitazioni sovraffollate, lavoro non tutelato, assenza di una rete sociale, sono tutti fattori che espongono la popolazione al virus in modo differente¹²⁸.

Esiste in Italia, così come nel resto del mondo, una fascia consistente di popolazione la cui sussistenza è legata all'attività quotidiana e le cui riserve personali, familiari o sociali non sono sufficienti a far fronte ad un rallentamento di tali attività, in altre parole si tratta di coloro che hanno una ridotta possibilità di resilienza¹²⁹.

Quale è stato l'impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sulla sanità italiana e dunque sull'erogazione di prestazioni sanitarie e quali lezioni essa abbia appreso o meno, sono due interrogativi ai quali si cercherà di rispondere nel prossimo capitolo.

¹²⁸ *La sanità che ci serve,*

<https://www.emergency.it/idee-che-fanno-bene/la-sanita-che-ci-serve/>.

¹²⁹ *Coronavirus, fragilità, globalizzazione,*

https://archivio.caritas.it/caritasitaliana/allegati/8661/Riflessione_Coronavirus_fragilita_globalizzazione.pdf.

CAPITOLO III

GLI EFFETTI DEL COVID-19 SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1. Le caratteristiche amministrative come determinanti della velocità di risposta in tempi di crisi

I governi e le amministrazioni pubbliche sono spesso considerati lenti ma, durante le crisi, devono riuscire ad agire rapidamente. Nonostante la gestione delle crisi vada oltre i loro compiti di routine, i cittadini si aspettano, dando quasi per scontato, che i governi reagiscano alle crisi e forniscano protezione e soccorso rapidamente¹³⁰.

La gestione efficace delle crisi è essenzialmente una questione di performance della pubblica amministrazione. A differenza dei compiti amministrativi di routine, il tempismo è essenziale nella gestione delle crisi, infatti, esso determina l'adeguatezza e l'efficacia delle risposte. Una delle sfide principali per i gestori delle crisi è quella di prendere decisioni rapide sotto la pressione del tempo. La tempistica è quindi una caratteristica centrale nella risposta¹³¹.

La comprensione dei fattori che hanno favorito o ostacolato la rapidità delle politiche in risposta alla crisi sanitaria è un elemento importante per preparare strutture di governance più efficaci ed efficienti per affrontare crisi pandemiche future o di altro tipo¹³².

La variazione nella tempistica delle risposte politiche è significativa in quanto una differenza di pochi giorni nell'imporre misure di contenimento quali la chiusura delle scuole o le serrate nazionali, potrebbe comportare una quantità significativa di infezioni e decessi. Sembra che quanto prima i Paesi abbiano agito e quanto più complete siano state le restrizioni adottate, tanto più efficaci esse siano state nel rallentare e contenere la diffusione del virus¹³³.

Un aspetto interessante è che qualsiasi cambiamento sostanziale dello status quo,

¹³⁰ Jugl. M (2022), *Administrative characteristics and timing of governments' crisis responses: A global study of early reactions to Covid-19*, <<Public Administration>>, pp. 1-16.

¹³¹ Ibidem.

¹³² Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *Government capacity, societal trust or party preferences: what accounts for the variety of national policy responses to the COVID-19 pandemic in Europe?*, <<Journal of European Public Policy>>, 29:7, pp. 1009-1028.

¹³³ Ibidem.

come nel caso della chiusura delle scuole o delle serrate nazionali, è subordinato al sostegno di una maggioranza politica per il cambiamento dello status quo. Se da un lato, vi è la necessità di gestire rapidamente una crisi, dall'altro, il tempo per ottenere il sostegno della maggioranza politica a misure che soppiantano lo status quo e che comportano pesanti costi economici e sociali per gruppi specifici è breve¹³⁴.

Il tempo di adozione di una misura volta a gestire una crisi può essere definito sulla base di tre canali:

- 1) La percezione del problema e il "sense making" collettivo della situazione.
- 2) La disponibilità e l'adeguatezza percepita di una risposta.
- 3) L'architettura del processo decisionale, in particolare, il numero di attori istituzionali coinvolti nel processo decisionale in una situazione di crisi.

Nel complesso, quanto più forte è la consapevolezza degli attori governativi riguardo alla minaccia imminente (1), quanto più elevate sono la consapevolezza e la valutazione di una risposta potenziale (2) e quanto più semplice è il processo decisionale, tanto più rapida sarà l'adozione di una decisione volta ad affrontare la crisi. Questi tre elementi costitutivi della velocità decisionale sono potenziali canali attraverso i quali le caratteristiche amministrative influenzano la velocità decisionale in caso di crisi¹³⁵.

In generale, le caratteristiche delle strutture amministrative influenzano sistematicamente la velocità delle decisioni in tempi di crisi in quanto incidono sulla percezione del problema da parte dei governi, sulla valutazione delle opzioni di risposta e sul processo decisionale¹³⁶.

Tra le caratteristiche amministrative troviamo:

- 1) Frammentazione organizzativa

Una delle scelte strutturali classiche della pubblica amministrazione è quella di una maggiore o minore specializzazione. La specializzazione comporta un compromesso tra la capacità professionale di svolgere compiti specifici e una maggiore necessità di coordinamento tra unità e organizzazioni frammentate. Possiamo distinguere la frammentazione organizzativa su due dimensioni:

¹³⁴ Ibidem.

¹³⁵ Jugl. M (2022), *cit.* alla nota 130.

¹³⁶ Ibidem.

orizzontale e verticale. Con la frammentazione orizzontale ci riferiamo al grado formale di specializzazione all'interno dei governi centrali a livello nazionale. La frammentazione tra agenzie o dipartimenti può portare a competenze e informazioni specializzate ma se essa, già in tempi normali, complica il coordinamento e l'attuazione delle politiche, durante le crisi, la frammentazione orizzontale finisce per rendere ancora più difficile la comunicazione di informazioni cruciali sulla natura della crisi stessa, il che va ad influire sui tempi di risposta attraverso il canale 1 nonché il processo decisionale (canale 3). In termini teorici la frammentazione orizzontale favorisce una risposta rapida solo se coinvolge unità di monitoraggio specializzate che forniscono informazioni sulla minaccia (canale 1)¹³⁷.

Alcuni governi hanno un Ministero della Sanità interamente dedicato alle questioni sanitarie, in altri invece, il portafoglio dell'assistenza sanitaria fa parte di un ministero con più portafogli, come quello dell'assistenza sociale, del welfare o dell'occupazione oppure è suddiviso in altri settori. Il design del portafoglio influisce sulla priorità delle questioni sanitarie all'interno delle organizzazioni e dell'agenda politica¹³⁸.

I governi europei con ministeri della Salute separati e dunque monosettoriali hanno reagito più rapidamente al Covid-19, probabilmente perché i valori e gli interessi della sanità non devono "competere" con altre questioni non legate alla sanità. Conseguentemente, il peso delle questioni sanitarie aumenta con la presenza di un ministero monosettoriale rispetto ai governi in cui le questioni sanitarie sono organizzate in un ministero con più portafogli¹³⁹.

Un portafoglio sanitario separato e monosettoriale favorisce la priorità delle questioni sanitarie al tavolo del governo e aumenta la consapevolezza delle minacce sanitarie (canale 1) e delle risposte (canale 2).

Ciò suggerisce che in una pandemia, in cui è fondamentale concentrarsi sulle questioni sanitarie, i vantaggi della frammentazione orizzontale, che incanala l'attenzione verso i problemi di salute (canale 1), superano gli svantaggi, vale a dire un coordinamento più difficile.

¹³⁷ Ibidem.

¹³⁸ Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *cit.* alla nota 132.

¹³⁹ Ibidem.

Dunque, si può affermare che i governi con un Ministero della Salute separato rispondono più velocemente alla pandemia da Covid-19 rispetto ai governi in cui le questioni sanitarie sono organizzate in un ministero con più portafogli.

Un altro elemento molto importante da prendere in considerazione è il background professionale del Ministro della Sanità. Un governo in cui il Ministro della Sanità è un professionista medico riuscirà ad adottare misure politiche più rapidamente rispetto ai governi in cui il Ministro della Sanità ha un background non medico. Ci si aspetta, infatti, che un ministro con un background medico comprenda meglio le questioni sanitarie ed epidemiologiche, che sia più ricettivo alle opinioni dei medici e che abbia impressioni più accurate sulla situazione a livello locale negli ospedali e nelle altre strutture di assistenza medica¹⁴⁰.

Con il termine frammentazione verticale, invece, si intende il grado di specializzazione tra governi centrali (a livello nazionale) e governi subnazionali (Regioni, Stati). Una minore frammentazione verticale, come negli Stati unitari e centralizzati, implica decisioni di crisi più gerarchiche e centralizzate, mentre un grado più elevato di specializzazione negli Stati federali e decentralizzati richiede una risposta più a rete¹⁴¹. A livello politico, i Paesi federali potrebbero richiedere compromessi politici tra le autorità federali e regionali. Le competenze sui diversi aspetti della gestione della crisi (assistenza sanitaria, istruzione, polizia ecc.) possono essere condivise o distribuite tra i vari livelli di governo in modi complessi che possono ostacolare la velocità di formulazione delle politiche e richiedere procedure decisionali più lunghe, aumentando il rischio di stallo e ritardi se le preferenze tra i vari livelli divergono. A livello più tecnico, gli Stati federali e decentrati potrebbero incontrare problemi nella raccolta di dati tempestivi e comparabili relativi a ricoveri, decessi o capacità degli ospedali dalle diverse unità costituenti¹⁴².

Al contrario, la gerarchia e la centralizzazione sono spesso considerate come mezzi naturali per il processo decisionale in tempi di crisi. Questo perché più attori organizzativi hanno voce in capitolo nelle decisioni (canale 3) più i tempi di risposta a una crisi si allungano. I primi studi sulla gestione della crisi sanitaria da

¹⁴⁰ Ibidem.

¹⁴¹ Jugl. M (2022), *cit.* alla nota 130.

¹⁴² Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *cit.* alla nota 132.

Covid-19 hanno dunque suggerito che i governi degli Stati unitari e centralizzati hanno reagito in modo più rapido e deciso mentre il decentramento e il federalismo hanno ostacolato una risposta rapida¹⁴³.

2) Capacità amministrative

Le capacità amministrative sono importanti per le prestazioni del servizio pubblico mentre le capacità analitiche sono importanti per la definizione delle politiche e la soluzione dei problemi.

La letteratura sulla gestione delle crisi distingue le capacità di monitoraggio dalle capacità di risposta. Le capacità di monitoraggio sono fondamentali per rilevare e interpretare in tempo i segnali di allarme (canale 1) mentre le capacità di risposta per formulare (canale 2 e 3) e attuare una risposta alla crisi.

In realtà, è stato rilevato che la capacità amministrativa non ha avuto alcun effetto sistematico sui tempi di reazione alla crisi da Covid-19. Toshkov et al. (2022)¹⁴⁴ affermano che i Paesi con maggiori capacità amministrative hanno reagito più tardi, probabilmente perché le forti capacità amministrative e sanitarie riducono la sensazione di rischio (canale 1).

3) Tradizioni amministrative e apprendimento

Le tradizioni amministrative sono una spiegazione importante delle differenze nella struttura e nell'azione delle pubbliche amministrazioni. Le tradizioni amministrative sono strettamente legate all'interazione Stato-società, alle strutture di governo centralizzate o federali e alla cultura politica generale. Christensen et al. (2016)¹⁴⁵ sostengono che i fattori culturali e strutturali interagiscono e influenzano il processo decisionale in caso di crisi. Ad esempio, la tradizione scandinava e la sua attenzione al processo decisionale collaborativo possono favorire il coordinamento orizzontale e verticale (canale 3). Bouckaert et al. (2020)¹⁴⁶ ,invece, sostengono che le tradizioni amministrative napoleoniche e dell'Europa continentale, caratterizzate da una "supremazia percepita dello Stato nei confronti della società", spiegano le misure di contenimento relativamente

¹⁴³ Jugl. M (2022), *cit.* alla nota 130.

¹⁴⁴ Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *cit.* alla nota 132.

¹⁴⁵ Christensen. T, Danielsen. O.A, Laegreid. P [et al.] (2016), *Comparing coordination structures for crisis management in six countries*, <<Public Administration>>, VOL. 94, NO. 2, pp. 316–332.

¹⁴⁶ Bouckaert. G, Van Hecke. S, Galli. D [et al.] (2020), *European Centralism? A hot spot governing a pandemic crisis*, <<Public Administration Review>>, Vol. 80, Iss. 5, pp. 765–773.

severe contro il Covid-19 adottate in Belgio, Francia, Germania e Italia, rispetto alle misure più leggere dei Paesi con tradizioni più liberali, in particolare quella inglese. La tradizione inglese e quella scandinava, più incentrate sul cittadino, sono collegate a una maggiore esitazione nel richiedere misure di contenimento. Ciò non esclude che i Paesi con una tradizione inglese abbiano adottato in tempi relativamente brevi, misure più morbide, come raccomandazioni o nudge, che potrebbero essere state altrettanto efficaci.

Relazioni più gerarchiche tra Stato e società fanno apparire più plausibile una risposta statale restrittiva, aumentando così l'adeguatezza percepita della risposta (canale 2).

Dunque, i governi con tradizioni amministrative che enfatizzano l'intervento gerarchico dello Stato reagiscono più velocemente al Covid-19 rispetto a quelli con tradizioni che limitano il ruolo dello Stato ed enfatizzano quello del cittadino. Per quanto riguarda l'apprendimento, invece, bisogna dire che i governi che hanno avuto esperienze recenti con malattie infettive reagiscono più velocemente al Covid-19 (apprendimento inter-crisi). Prendiamo in considerazione l'esperienza della Corea del Sud con la MERS: essa contribuendo a generare apprendimento e capacità di risposta, può essere considerata quale spiegazione principale della risposta rapida e completa al Covid-19. Tale esperienza è mancata negli Stati Uniti con una conseguente limitata capacità di risposta. Si può affermare che, sebbene molti Paesi occidentali avessero alti livelli di preparazione e capacità formali, la mancanza di un'esperienza recente di un'epidemia ha portato a una risposta più lenta e debole in quanto, tale mancanza ha contribuito a limitare la comprensione della gravità (canale 1) rendendo le reazioni politiche meno ovvie (canale 2).

Quando mancano esperienze proprie con specifici tipi di crisi, i governi dovrebbero cercare di imparare dalle esperienze degli altri. Questo si è verificato anche con il Covid-19: i governi di tutto il mondo hanno guardato gli altri, in particolare la Cina e l'Italia, per trarre ispirazione da politiche che funzionassero contro la nuova e sconosciuta malattia (apprendimento intra-crisi). La pandemia ha comportato un grave "svantaggio da prima mossa" in quanto i Paesi che sono stati colpiti per primi non hanno avuto la possibilità di imparare dalle migliori

pratiche degli altri e hanno dovuto prendere decisioni con poche informazioni disponibili, il che ha contribuito ad allungare i tempi del processo decisionale.

Al contrario, i Paesi colpiti più tardi hanno avuto la possibilità di imparare dall'esperienza e dalle risposte dei primi. Questo vuol dire che, quanto più tardi inizia la crisi in un determinato Paese, tanto maggiore è l'opportunità per il suo governo di imparare dagli altri. Dunque, i governi dei Paesi in cui il Covid-19 è arrivato più tardi hanno reagito più velocemente in termini relativi (apprendimento intra-crisi)¹⁴⁷.

4) Fattori sociali

Per quanto riguarda la libertà complessiva di un Paese, le società più libere dovrebbero avere una minore probabilità di subire misure restrittive da parte dei loro governi. In questi Paesi, le libertà personali e collettive sono apprezzate, rispettate e protette dalla società civile. I governi devono affrontare soglie più alte per giustificare e applicare restrizioni, anche temporanee e parziali, alle libertà fondamentali di movimento e associazione. Conseguentemente questi governi sono più lenti nelle loro risposte politiche.

Per quanto riguarda il livello di fiducia dei cittadini nei confronti del governo, da un lato, quando la fiducia dei cittadini nel governo è alta, i governi hanno a disposizione una serie più ampia di opzioni politiche tra cui scegliere, sapendo che, qualunque sia la scelta, la decisione sarà rispettata dai cittadini; dall'altro, visto che la fiducia nel governo è alta, le misure che il governo adotta non devono necessariamente essere restrizioni e divieti (*hard law*) in quanto raccomandazioni e misure di *soft law* potrebbero andare bene ugualmente. Nel complesso possiamo dire che i Paesi con maggiore fiducia nel governo sono più lenti o meno propensi a imporre blocchi nazionali completi.

In un ambiente sociale ad alta fiducia il rispetto delle norme sociali può essere imposto in modo efficace dalla pressione sociale. Questa logica è stata esplicitamente utilizzata per giustificare la mancata chiusura delle scuole e altre misure restrittive in Svezia¹⁴⁸.

In generale, i risultati di tale analisi suggeriscono che i governi possono agire bene nelle crisi anche senza ampie capacità amministrative. Le strutture governative

¹⁴⁷ Jugl. M (2022), *cit.* alla nota 130.

¹⁴⁸ Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *cit.* alla nota 132.

(frammentazione verticale e orizzontale), i fattori sociali, le tradizioni amministrative e l'apprendimento sono stati un miglior indicatore del tempo di risposta rispetto alla capacità complessiva: la capacità amministrativa può essere importante per i compiti amministrativi di routine ma, in tempi di crisi, in cui sono necessarie decisioni rapide e in condizioni di incertezza, esse possono non bastare in quanto, la performance nelle crisi è un aspetto che può esulare dal funzionamento amministrativo¹⁴⁹.

2. L'arrivo della pandemia da Covid-19 e la limitazione dei diritti costituzionalmente garantiti

L'improvvisa comparsa del Covid-19 ha messo a dura prova i sistemi sanitari di tutto il mondo e ciò, principalmente, a causa di una mancanza di terapie farmacologiche e vaccini efficaci¹⁵⁰.

I sistemi sanitari hanno dovuto affrontare una duplice sfida: da un lato, rispondere ad una crescente domanda di cure per i pazienti affetti da Covid-19, dall'altro, garantire la tradizionale emergenza sanitaria ovvero la continuità delle cure per i pazienti con patologie croniche o condizioni acute gravi¹⁵¹.

La pandemia ha colpito l'organizzazione dei servizi sanitari, le prestazioni di prevenzione secondaria (tra cui i programmi di screening) così come l'assistenza per i pazienti con malattie croniche che hanno bisogno di controlli periodici e cure tempestive¹⁵².

Le prime notizie sull'esistenza di una malattia infettiva a eziologia¹⁵³ sconosciuta che provocava polmoniti severe, arrivarono da Wuhan (Cina) all'inizio del 2020¹⁵⁴.

Il Covid-19 è una malattia associata al virus SARS-CoV-2 (sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2) che si può manifestare con sintomi lievi quali febbre, mal di gola, dolore muscolare, perdita di gusto o olfatto, oppure nei peggiori dei

¹⁴⁹ Jugl. M (2022), *cit.* alla nota 130.

¹⁵⁰ Cartabellotta. N [et al.] (2021), *Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021. Impatto della pandemia Covid-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, Fondazione GIMBE: Bologna, p. 2.

¹⁵¹ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 43.

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ In medicina si intende lo studio delle cause delle malattie.

¹⁵⁴ Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *Conseguenze della pandemia di Covid-19 sull'accesso e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie*, SEFAP: Milano, p. 5.

casi attraverso sintomi gravi come polmonite e insufficienza respiratoria che possono portare il paziente ad un ricovero urgente in terapia intensiva fino ad arrivare alla morte¹⁵⁵. Nei migliori dei casi, invece, può succedere che la persona infetta non manifesti alcun sintomo e dunque sviluppi la malattia in maniera asintomatica.

È opportuno sottolineare che sin dall'inizio della pandemia il Governo italiano ha scelto una politica emergenziale che ha ristretto significativamente i diritti dei cittadini costituzionalmente garantiti, tra cui: libertà di circolazione, libertà di riunione, libertà religiose, diritto all'istruzione, libertà di iniziativa economica privata, diritto al lavoro e lo stesso diritto alla salute sono stati considerati recessivi di fronte ai pericoli per la salute pubblica.

A tal proposito è bene citare il decreto-legge n. 6 del 23 febbraio 2020¹⁵⁶ adottato in seguito ai primi casi registrati sul territorio nazionale che prevedeva una serie di misure di contenimento, tra cui ricordiamo il divieto di allontanamento dal comune o dall'area da parte di tutti gli individui presenti al suo interno, divieto di accesso al comune o all'area, sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, sospensione dei servizi educativi dell'infanzia o delle scuole di ogni ordine e grado nonché dell'università salvo le attività formative svolte a distanza, applicazione della misura di quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con persone infette, chiusura di tutte le attività commerciali esclusi gli esercizi per l'acquisto di beni di prima necessità e molte altre ancora.

Non sembrerebbe, dunque, essere stata messa in discussione la scelta operata dal decisore politico di tutelare in primis la salute della popolazione, anche sacrificando altri diritti e interessi costituzionali. Appare dunque lecito, domandarsi se possa essere individuato un criterio di prevalenza del diritto alla salute rispetto ad altri diritti parimenti tutelati dalla Costituzione¹⁵⁷.

¹⁵⁵ *Ivi*, p. 6.

¹⁵⁶ Decreto-legge, 23 febbraio 2020, n. 6, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19*, GU n. 45 del 23 febbraio 2020.

¹⁵⁷ Tamburrini. V (2020), *La limitazione dei diritti costituzionali in tempo di pandemia: alcune osservazioni sul carattere fondamentale dell'interesse della collettività alla salute*, <<Diritto e Salute>>, Numero 2 del 2020, pp. 33-39.

Per alcuni diritti costituzionali, tra cui, per esempio, la libertà domiciliare, la libertà di circolazione o la libertà di riunione, la risposta viene fornita dalla stessa disposizione che li prevede, nella quale appunto sono espressamente individuati quali limiti al godimento del diritto, i motivi di sanità o di incolumità pubblica. Questo significa che, in presenza di pericoli per la sanità o l'incolumità pubblica, il godimento di quei diritti può subire limitazioni.

Per gli altri diritti costituzionalmente tutelati la maggior parte della dottrina ha da sempre sostenuto che non vi sia un fondamento costituzionale che giustifichi, di fronte a esigenze dettate dalla salute pubblica, il prevalere del diritto alla salute. Secondo la letteratura che si è imposta, non sarebbe possibile individuare una gerarchia tra i diritti costituzionali in quanto tutti meriterebbero lo stesso rilievo e, in caso di eventuale conflitto, occorrerebbe procedere ad un loro bilanciamento. La stessa Corte costituzionale con la sentenza n. 85/2013¹⁵⁸ ha affermato che *<<Tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in un rapporto di integrazione reciproca e non è possibile, pertanto, individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri>>*¹⁵⁹.

Tuttavia, la gravità della pandemia ha portato a diverse riflessioni da parte della dottrina. Molti autori hanno infatti affermato la priorità del diritto alla vita o del diritto alla salute. Il fondamento costituzionale potrebbe essere individuato nell'articolo 32 della Costituzione, in particolare, nell'aggettivo "fondamentale" riferito al diritto alla salute e al corrispondente "interesse della collettività". Per il solo fatto che solo per quel diritto e per quell'interesse la Costituzione ricorre alla connotazione della fundamentalità, sembra potersi ricavare un significato di prevalenza del diritto individuale alla salute e dell'interesse della collettività alla salute su tutti gli altri diritti costituzionali. La tesi si fonda sulla distinzione tra la categoria dei diritti inviolabili e quella dei diritti fondamentali: i primi si caratterizzano per una particolare resistenza alla revisione costituzionale mentre i secondi per la capacità di prevalere su altri diritti o interessi parimenti tutelati dalla Costituzione.

Infine, risulta importante indagare il rapporto che sussiste tra il diritto individuale alla salute e l'interesse della collettività alla salute, vale a dire accertare

¹⁵⁸ Corte costituzionale, 9 maggio 2013, n. 85, GU n. 20 del 15 maggio 2013.

¹⁵⁹ Ibidem.

l'eventuale precedenza da assegnare a due posizioni giuridiche definite entrambe come fondamentali.

Potremmo a tal proposito sostenere che, se in condizioni normali è destinato a prevalere il diritto individuale alla salute, viceversa, in condizioni eccezionali dovrebbe prevalere l'interesse della collettività alla salute. Questa tesi, infatti, sostiene che la precedenza terminologica del diritto individuale sull'interesse della collettività fa sì che il primo sia la regola mentre il secondo l'eccezione, con la conseguenza che se il primo è destinato a prevalere in condizioni ordinarie, il secondo prevarrà in casi eccezionali.

Nel caso rappresentato dalla pandemia da Covid-19 non sembra esserci alcun dubbio riguardo alla condizione di eccezionalità che, come tale, ha giustificato l'anteposizione dell'interesse della collettività alla salute sul diritto individuale alla salute. È infatti emersa una contrazione del diritto alla salute sotto il profilo del diritto a ricevere le cure. Pensiamo alla sospensione di molti servizi ambulatoriali oppure alle situazioni in cui i medici, in condizioni di emergenza e di carenza di strumenti adeguati, si sono ritrovati nella condizione di decidere se limitare le cure ad un paziente per fornirle ad altri.

Naturalmente la prevalenza della tutela della salute pubblica sugli altri diritti costituzionali è da ritenersi valida fin tanto che persiste l'emergenza sanitaria. Per tale motivo, un ruolo fondamentale nell'adozione delle decisioni pubbliche è quello della scienza, della tecnica e del principio di precauzione¹⁶⁰.

Tale principio è spiegato nell'articolo 191 del TFUE¹⁶¹ e ha a che fare con la gestione del rischio in base al quale, se vi è la possibilità che una data politica o azione possa danneggiare l'ambiente o la salute pubblica, e se non ci fosse ancora consenso scientifico sulla questione, la politica o l'azione non dovrebbe essere perseguita. Una volta disponibili più dati scientifici la situazione dovrebbe essere riesaminata.

Affinchè il principio di precauzione possa essere invocato senza cadere nell'immobilismo è necessario che sussistano alcune condizioni¹⁶²:

¹⁶⁰ Tamburrini. V (2020), *cit.* alla nota 157.

¹⁶¹ Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, GU C 326/47, del 26 ottobre 2012.

¹⁶² Cirillo. P, Sinigaglia. C (2021), *L'abuso della precauzione inguaita i vaccini ma anche l'economia*,

- 1) Bisogna avere a che fare con un evento di carattere sistemico, vale a dire un evento che sia in grado di impattare sull'intera società o su grandi parti di essa.
- 2) Deve trattarsi di un evento potenzialmente irreversibile, i cui effetti sfavorevoli non possano essere recuperati, portando a esiti rovinosi o dannosi.
- 3) Deve trattarsi di un evento caratterizzato da una componente moltiplicativa, ossia in grado di diffondersi rapidamente su larga scala.
- 4) Tale principio è pensato per le situazioni di incertezza in cui non si è capaci di quantificare il rischio, rendendo inutile l'analisi costi-benefici.

Un caso di applicazione errata del principio di precauzione è rappresentato dalla decisione assunta dall'AIFA, in data 15 marzo 2021, di vietare, in via del tutto precauzionale e temporanea, l'utilizzo del vaccino AstraZeneca su tutto il territorio nazionale a seguito della notifica di alcuni casi di eventi tromboembolici in persone che avevano ricevuto il vaccino, trenta su quasi cinque milioni di vaccinati. In questo caso, benché sia innegabile che ogni vaccino possa avere effetti negativi per il singolo, tali effetti per quanto debbano essere contenuti, non hanno né un carattere moltiplicativo né sistemico, anzi, è l'effetto positivo del vaccino ad essere sistemico. In altre parole, gli effetti collaterali che possono colpire un determinato individuo non si propagano a terzi, cosa che invece accade con una malattia infettiva. Inoltre, con riferimento ai vaccini, le aziende farmaceutiche hanno il dovere di monitorare costantemente che i benefici siano superiori ai rischi¹⁶³.

Un esempio di corretta applicazione del principio di precauzione è rappresentato dal lockdown generalizzato. Nelle fasi iniziali, la mancanza di dati attendibili ha fatto sì che i diversi Stati ricorressero al principio di precauzione, tradottosi il più delle volte nella scelta del lockdown. Lo scopo di tale misura era infatti quello di minimizzare i danni mentre si cercava di capire come procedere e si raccoglievano informazioni. Con il passare del tempo i vari Stati hanno iniziato a sviluppare strategie differenti grazie al sopraggiungere di nuove evidenze e in linea con il

<https://www.ilfoglio.it/salute/2021/03/30/news/1-abuso-della-precauzione-inguaia-i-vaccini-ma-anche-l-economia-2100608/>.

¹⁶³ Ibidem.

principio di precauzione che prevede infatti che, una volta disponibili più dati scientifici, la situazione debba essere riesaminata¹⁶⁴.

La diffusione del virus in Italia ha attraversato diverse fasi.

La prima è la cosiddetta “prima ondata” che va da febbraio a fine maggio 2020, caratterizzata da una velocissima diffusione di contagi e decessi e da una significativa concentrazione territoriale nel Nord del Paese. L’aumento vertiginoso dei contagi ebbe come conseguenza il fatto che il 9 marzo 2020 veniva dichiarato il lockdown nazionale mentre, due giorni dopo, l’Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarava lo stato di pandemia dopo aver effettuato una valutazione attenta dei livelli di gravità e di diffusione globale dell’infezione¹⁶⁵.

Le misure di lockdown consentirono di ridurre al minimo la circolazione del virus all’arrivo della stagione estiva. Nel periodo tra giugno e metà settembre 2020, la cosiddetta “fase di transizione”, la diffusione dei contagi risultò infatti essere molto contenuta.

A partire dalla fine di settembre 2020 prese però avvio la “seconda ondata” caratterizzata da un aumento significativo dei contagi. La ripresa delle attività sociali, lavorative e scolastiche, l’allentamento delle misure di contenimento e restrittive dei diritti costituzionali, l’arrivo della stagione autunnale e dunque l’aumento della vita al chiuso, produssero un rapido incremento dei contagi¹⁶⁶. La seconda ondata ebbe conseguenze più gravi della prima a causa delle nuove varianti del virus originario di Wuhan, provenienti dal Sudafrica, Brasile e soprattutto dalla Gran Bretagna¹⁶⁷.

Quest’ultima, essendo caratterizzata da una trasmissibilità superiore, provocò un forte aumento di contagi e decessi.

Il 27 dicembre 2020, il cosiddetto “Vaccine day”, prese avvio la campagna di vaccinazione contro il Covid-19 in tutta l’Europa. In Italia, la distribuzione vera e propria del vaccino iniziò il 31 dicembre mentre con il decreto del 12 marzo

¹⁶⁴ Ibidem.

¹⁶⁵ Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *cit.* alla nota 154, pp. 5-6.

¹⁶⁶ Maciocco. G (2021), *La quarta ondata*, <<Salute internazionale>>, p. 1, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-ondata/?pdf=18847>.

¹⁶⁷ Ibidem.

2021¹⁶⁸ fu adottato il nuovo piano strategico nazionale per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 per l'esecuzione della campagna di vaccinazione nazionale¹⁶⁹. La copertura vaccinale dei primi mesi del 2021 risultava essere ancora troppo bassa per riuscire ad impedire lo sviluppo di nuove varianti, in particolare, quella proveniente dall'India denominata "Delta" e caratterizzata da un minor tempo di incubazione e da una trasmissibilità ancora più elevata che infatti, portò all'insorgere della terza ondata¹⁷⁰.

La "terza ondata" ebbe inizio a partire dall'ultima settimana di febbraio 2021 raggiungendo il suo apice a fine marzo. Quest'ultima sembra esaurirsi i primi di luglio con una media di 750 casi e 15 decessi giornalieri grazie a due elementi fondamentali. Da un lato, abbiamo l'aumento della copertura vaccinale con il 44% della popolazione completamente vaccinata, il 60% vaccinata con una sola dose e con l'88% degli ultra80enni (ricordiamo che sono le persone più a rischio di contrarre il virus essendo soggetti vulnerabili) completamente vaccinati¹⁷¹; dall'altro, l'arrivo della stagione estiva e della vita sociale all'aperto consentirono di ridurre le probabilità di trasmissione del virus¹⁷².

Alla fine di luglio 2021 in quasi tutti i Paesi europei si registrò un calo dei casi e dei decessi grazie a una maggiore disponibilità dei vaccini. Se nei primi mesi del 2021 la loro distribuzione avveniva con ritardi e interruzioni, in questa nuova fase i vaccini abbondano anche se si registra una riduzione della richiesta di vaccinarsi¹⁷³.

Tuttavia, da agosto 2021 i contagi tornano a salire e parte così la cosiddetta "quarta ondata" che ha registrato danni minori nei Paesi del Sud Europa, tra cui Italia, Francia, Spagna e Portogallo grazie principalmente agli alti livelli di

¹⁶⁸ Decreto, 12 marzo 2021, *Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021*, GU n. 72 del 24 marzo 2021.

¹⁶⁹ *Piano nazionale di vaccinazione Covid-19*, <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>.

¹⁷⁰ Maciocco. G (2021), *cit.* alla nota 166, pp 1-2.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ *Ibidem*.

copertura vaccinale (Spagna e Portogallo) e all'uso del Green Pass (Italia e Francia)¹⁷⁴.

A partire dall'estate 2022 si inizia a parlare della “quinta ondata” dovuta alla diffusione della nuova variante Omicron 5. Grazie però alla protezione dei vaccini e alla minor invasività del virus l'impatto sulle strutture sanitarie è lieve¹⁷⁵.

Una situazione completamente diversa è quella che si è verificata in Cina. In seguito al manifestarsi della pandemia nell'inverno del 2020, la Cina ha adottato una politica zero Covid introducendo misure molto restrittive al fine di ridurre la circolazione del virus attraverso un blocco delle frontiere, un significativo monitoraggio e introducendo il lockdown ogni volta che si registravano anche pochi casi¹⁷⁶. Dopo la prima ondata, infatti, la linea epidemica si è appiattita. Ciò sta a significare che non si è verificata nessuna ondata dopo la prima, neppure con la variante Delta. La situazione in Cina sembrava dunque essere sotto controllo con una popolazione che, pur con tutte le precauzioni, poteva riprendere una routine normale. Eppure, a partire dal 2022, la Cina si è ritrovata dall'essere un esempio virtuoso per gli altri Paesi, all'essere un flop e ciò è da ricondurre essenzialmente a due fattori ¹⁷⁷.

Per quanto riguarda il primo bisogna sottolineare che i vaccini somministrati alla popolazione erano vaccini prodotti dalla stessa Cina che, però, non avevano un livello di efficacia paragonabile a quelli somministrati in Europa e negli Stati Uniti.

Con riferimento al secondo fattore bisogna innanzitutto dire che, di fronte alla diffusione della variante Omicron, gli studi condotti in Europa e negli Stati Uniti avevano dimostrato che per neutralizzare tale variante fosse necessaria una dose booster (terza dose) in grado di ripristinare la protezione¹⁷⁸. Nonostante ciò, in Cina si è registrata una scarsa adesione alla terza dose e se sommiamo questo

¹⁷⁴ Maciocco, G (2021), *cit.* alla nota 166, p. 3.

¹⁷⁵ Covid: è in atto la quinta ondata. A luglio il picco, <https://www.aibi.it/ita/covid-quinta-ondata-luglio-picco/>.

¹⁷⁶ Maciocco, G (2021), *cit.* alla nota 166, p. 20.

¹⁷⁷ Banfi, D (2022), *Covid-19: cosa sta accadendo in Cina?*, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/covid-19-cosa-sta-accadendo-in-cina>.

¹⁷⁸ Ibidem.

elemento alla minor efficacia dei vaccini da essi prodotti è chiaro che la situazione diventa tragica.

A due anni dallo scoppio della pandemia milioni di persone tornano in lockdown con gravi conseguenze per quanto riguarda la mancanza di cibo e l'aumento dei morti per mancanza di accesso alle cure sanitarie¹⁷⁹.

È dunque evidente che la pandemia ha messo a dura prova l'efficacia, l'accessibilità alle prestazioni sanitarie e soprattutto la sua resilienza, caratteristica fondamentale per poter gestire un'emergenza che potrebbe durare nel tempo o ripresentarsi in futuro.

3. Un SSN impreparato nella gestione della pandemia da Covid-19

Di fronte all'emergenza sanitaria i sistemi sanitari di tutto il mondo si sono ritrovati a dover affrontare una duplice sfida: da un lato, gestire i pazienti colpiti dal Covid-19 e, dall'altro, continuare a rispondere ai bisogni sanitari tradizionali non correlati al virus.

La pandemia ha perciò rappresentato uno stress test senza precedenti.

L'Italia è stato il primo Paese europeo a dover affrontare il virus, dunque, se per tutti i Paesi europei e nel mondo il Covid-19 ha rappresentato uno stress test senza precedenti, bisogna sottolineare che per l'Italia l'impatto è stato decisamente superiore in quanto ha dovuto assumere decisioni prima di chiunque altro senza alcun elemento di confronto con altri Paesi e, soprattutto, in un periodo in cui le informazioni sul Covid-19 erano ancora molto limitate¹⁸⁰.

In Italia il "caso indice", vale a dire il paziente che in uno specifico focolaio epidemico viene riconosciuto come il primo caso in quell'area dall'autorità sanitaria, è stato individuato il 21 febbraio 2020 a Codogno (in provincia di Lodi, Lombardia)¹⁸¹. In particolare, è stata Annalisa Malara, un'anestesista che lavora presso l'ospedale di Codogno, a diagnosticare il primo caso ufficiale di Covid-19

¹⁷⁹ Zatti. F (2022), *In Cina scene che non avremmo immaginato contro il metodo "zero Covid" del governo*, <https://www.rainews.it/articoli/2022/09/cina-violente-proteste-contro-il-metodo-zero-covid-del-governo-7b4e81bc-f95a-4e4b-9c2e-fa6e84cafd12.html>.

¹⁸⁰ Torbica. A (2020), *La risposta del SSN e degli altri sistemi sanitari durante l'emergenza coronavirus*, <https://www.theinnovationgroup.it/la-risposta-del-ssn-degli-altri-sistemi-sanitari-lemergenza-coronavirus/?lang=it>.

¹⁸¹ Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *cit.* alla nota 154.

in Italia¹⁸². Nello specifico, la Dottoressa Malara fu incaricata di occuparsi di un paziente di 38 anni affetto da una preoccupante polmonite degenerata nel giro di poche ore. Il paziente non aveva avuto alcun contatto con persone provenienti dalla Cina. All'epoca, infatti, le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità recepite dal Ministero della Salute raccomandavano la somministrazione di un test con tampone nasofaringeo esclusivamente ai pazienti sintomatici di ritorno da un viaggio in Cina o che fossero stati esposti a pazienti affetti da coronavirus. Alla ricerca di una diagnosi, la Dottoressa decise di infrangere il protocollo e di somministrare il tampone al suo paziente, dopo aver chiesto il permesso all'autorità sanitaria locale visto che i protocolli non lo giustificavano. Il mancato rispetto delle linee guide può comportare un'azione disciplinare così come la responsabilità civile e penale del medico. Richiedere il tampone, dunque, significava correre un rischio dato che secondo il protocollo non c'erano motivi per sospettare un contagio. Eppure, l'esame del tampone rivelò che il paziente era positivo al test SARS-CoV-2, come sospettava il medico¹⁸³.

Questa vicenda è significativa dell'impreparazione del SSN.

Se da un lato la riduzione delle risorse destinate alla sanità pubblica ha contribuito a ridurre l'efficacia del Servizio Sanitario Nazionale con la conseguenza che la pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che mettere in luce tutte le sue fragilità, dall'altro però, è importante sottolineare che l'impreparazione non riguarda solo le risorse a disposizione ma dipende anche dal fatto che i sistemi sanitari dei Paesi occidentali, caratterizzati da decenni di successo del paradigma medico dell'healthcare, hanno disappreso a gestire problemi di public health. Fondamentale quindi appare, soprattutto nell'ottica di gestione di una crisi, la coevoluzione istituzionale dei settori politici, per cui si intende l'influenza reciproca e l'adattamento della connessione istituzionale tra aree politiche correlate, in questo caso dei settori dell'healthcare (assistenza sanitaria) e della public health (sanità pubblica), in altre parole, il rapporto tra aspetti curativi e preventivi della politica sanitaria¹⁸⁴.

¹⁸² Capano. G, Toth. F (2022), *cit.* alla nota 30, pp. 4-5.

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ Trein. P (2017), *Coevolution of policy sectors: A comparative analysis of healthcare and public health*, <<Public Administration>>, pp. 745-751.

Il rapporto tra i due settori dell'healthcare e della public health rappresenta una sfida politica importante per i Paesi di tutto il mondo. Da un lato, le malattie infettive e la resistenza dei batteri agli antibiotici sono diventati problemi di salute pubblica globale, dall'altro, i responsabili delle politiche si trovano ad affrontare un elevato numero di casi di malattie non trasmissibili come il diabete e il cancro. Affrontare entrambe le sfide richiede un migliore coordinamento delle politiche di assistenza sanitaria e di sanità pubblica.

Nel settore dell'assistenza sanitaria le politiche sono organizzate secondo il paradigma settoriale che si basa sul concetto di malattia/individuo. Per malattia si intende il momento dell'intervento contro una malattia che si verifica quando il paziente è già affetto da una patologia. Con il termine individuo ci riferiamo al fatto che le politiche del settore dell'assistenza sanitaria sono progettate per favorire il trattamento degli individui da parte dei medici che curano le malattie.

Al contrario, il paradigma settoriale del settore della sanità pubblica è basato sul pericolo per la salute/popolazione. Pericolo per la salute significa che il momento dell'intervento è quando la salute è in pericolo e quindi prima dell'insorgere di una malattia. Gli interventi di sanità pubblica sono basati sulla popolazione, vale a dire che sono progettati per influenzare l'intera popolazione o gruppi, piuttosto che solo gli individui. Conseguentemente, il settore dell'assistenza sanitaria comprende politiche che si concentrano principalmente sull'assistenza agli individui malati anziché sulla prevenzione delle malattie di una popolazione (esempi di politiche sono le assicurazioni sanitarie o i prodotti farmaceutici). Al contrario, il settore della sanità pubblica comprende politiche che si concentrano sull'intera popolazione o su un gruppo e mirano a prevenire l'insorgere di malattie (esempi di politiche sono le leggi sulla sicurezza alimentare o le vaccinazioni).

Nonostante le differenze tra i due settori politici per quanto riguarda i loro paradigmi settoriali, è importante sottolineare che il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica potrebbero essere necessari per affrontare sfide politiche urgenti: ad esempio, potrebbe essere necessario mobilitare medici di base per affrontare un'epidemia oppure pensiamo al trattamento delle malattie non trasmissibili, come il cancro, che richiede la

combinazione di cure individuali, screening e misure di prevenzione di gruppo o popolazione.

Il rapporto istituzionale tra i settori dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica dipende soprattutto dal tipo di governance sanitaria adottata da un Paese. Il tipo di sistema sanitario rappresenta quindi il paradigma generale in cui si inserisce il paradigma settoriale dei due settori. Nei Paesi in cui gli attori statali dominano la governance della regolamentazione, del finanziamento e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, la sanità pubblica e l'assistenza sanitaria dovrebbero evolvere verso l'integrazione istituzionale e la relativa uguaglianza, questo vuol dire che il governo nazionale ha la capacità di integrare politiche comuni in entrambi i settori. Dal momento che i servizi sanitari dominati dallo Stato, come il sistema Medicare australiano, mirano a migliorare la salute della popolazione, entrambi i settori dovrebbero essere integrati in modo formale in un'istituzione comune. Per esempio, dovrebbe esistere una legge sanitaria generale o un Ministero nazionale della Salute che si occupi di gestire, sia la regolamentazione che il finanziamento dell'assistenza sanitaria, ma che si riferisca anche a questioni di prevenzione e sanità pubblica.

Quando gli attori sociali ovvero i grandi gruppi di interesse prevalgono nella governance della regolamentazione, del finanziamento e della fornitura di assistenza sanitaria, allora, la sanità pubblica dovrebbe essere subordinata all'assistenza sanitaria, dunque, gli interessi principali degli attori coinvolti riguardano l'assistenza sanitaria e non la sanità pubblica (Germania).

Infine, nei Paesi in cui gli attori privati sono più importanti per governare la regolamentazione, il finanziamento e l'implementazione dell'assistenza sanitaria, allora, entrambi i settori dovrebbero coesistere in modo più indipendente rispetto ai sistemi gestiti dallo Stato e in modo più equo rispetto ai Paesi in cui gli attori sociali dominano la governance sanitaria (Stati Uniti)¹⁸⁵.

Negli ultimi decenni è dunque mancato il coordinamento e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e della sanità pubblica, fondamentale per affrontare in maniera efficace sfide politiche urgenti. Il SSN è infatti prevalentemente incentrato sul cosiddetto "orientamento alla malattia" e alla conseguente

¹⁸⁵ Ibidem.

medicalizzazione della salute. Questo orientamento trova espressione in diversi aspetti. Innanzitutto, nella scarsa rilevanza che la prevenzione assume nel complesso dei servizi sanitari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità è da tempo che sottolinea l'importanza delle politiche di prevenzione sanitaria come investimento non solo per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, ma anche per lo sviluppo socioeconomico e per la sostenibilità degli stessi sistemi sanitari. Nonostante ciò, la spesa per la prevenzione in Italia nel 2019, pur inserita nei Livelli essenziali di assistenza quale terza macroarea, rappresentava soltanto il 4,4% della spesa sanitaria pubblica¹⁸⁶.

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.

La distorsione generata dall'orientamento culturale alla malattia trova espressione nella prevalenza del tradizionale modello organizzativo fondato sulla medicina d'attesa, anziché sulla medicina d'iniziativa, vale a dire successiva al manifestarsi della patologia e rispetto alla quale interviene solamente ex-post invece di preoccuparsi di effettuare screening volti ad una diagnosi precoce della malattia. La diffusione della medicina d'iniziativa si scontra con l'organizzazione tradizionale delle cure strutturata per specialità mediche invece che sulla base dei bisogni di cura del paziente¹⁸⁷.

Negli ultimi anni il SSN si è caratterizzato per una significativa riduzione delle capacità operative sul fronte ospedaliero, distrettuale e della prevenzione¹⁸⁸. Alcuni indicatori vanno proprio in questa direzione.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, nel periodo compreso tra il 2011 e il 2018, si è assistito ad un notevole calo. Se nel 2017 la riduzione è stata dell'1,7% (corrispondente a oltre 4.000 posti letto), nel 2018 si è registrata una riduzione del 13,7% pari a 33.403 unità¹⁸⁹. Naturalmente il taglio dei posti letto non è stato

¹⁸⁶ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*, Milano: FrancoAngeli, pp. 119-120.

¹⁸⁷ Ibidem.

¹⁸⁸ Recchia. D (2020), *Libertà in trappola: il SSN alla prova della pandemia*, <<Secondo Welfare>>, pp. 1-6.

¹⁸⁹ Ibidem.

uguale per tutti i comparti. Probabilmente si è deciso di ridurre i reparti considerati meno importanti come, per l'appunto, i posti riservati alle malattie infettive che hanno registrato una riduzione dell'1,8% nel 2011 per poi continuare a diminuire con il passare degli anni.

Un altro indicatore che dimostra le restrizioni subite dal SSN è il numero dei posti in terapia intensiva. La pandemia ha infatti da subito evidenziato la carenza di queste attrezzature costringendo un intero Paese ad aumentare i reparti dedicati¹⁹⁰.

La conseguenza a tutto ciò è stata che le tre ondate epidemiche nel 2020 e 2021 sono state caratterizzate da un elemento ricorrente, vale a dire la saturazione ospedaliera. Quest'ultima ha portato alla necessità di cancellare o rimandare prestazioni sanitarie non urgenti, in primo luogo, per la saturazione delle terapie intensive che non consentiva la regolare esecuzione di interventi chirurgici, in secondo luogo, per il trasferimento di parte del personale sanitario presso i reparti dedicati alla gestione del Covid-19, ed infine, per la paura degli individui di contrarre il virus recandosi presso le strutture ospedaliere per visite specialistiche, screening oncologici e interventi chirurgici non urgenti¹⁹¹.

Se lo stato della sanità pubblica italiana, prima del Covid-19, poteva ritenersi tutto sommato positivo, seppur con qualche elemento di preoccupazione (disinvestimento nella sanità pubblica, carenza di personale, differenze nella quantità e qualità dei servizi forniti dalle singole Regioni, calo dei posti letto, invecchiamento della popolazione, tecnologie obsolete), l'impatto del virus ha evidenziato come queste debolezze strutturali abbiano contribuito a rendere più difficile per il nostro SSN affrontare una pandemia globale.

In particolare, l'entità del disinvestimento nella sanità pubblica ha inciso anche sulle performance delle Regioni più virtuose.

Il defianziamento ha colpito principalmente il personale sanitario, soprattutto in termini di carenza negli organici, elevando l'età media, bloccando i rinnovi contrattuali e dunque, demotivando la risorsa principale su cui si regge il sistema sanitario¹⁹².

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ Cartabellotta, N [et al.] (2021), *cit.* alla nota 150.

¹⁹² *Ivi* pp. 3-4.

Inevitabilmente sono aumentate le disuguaglianze sociali e territoriali in termini di accessibilità ai servizi sanitari tra le fasce più deboli della popolazione e nelle Regioni in maggiore difficoltà. Infatti, nelle Regioni sottoposte a piano di rientro si assiste ad un peggioramento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Infine, molti interventi preventivi non sono stati realizzati, sia per una scarsa promozione di politiche per la prevenzione e riduzione dei fattori di rischio ambientali sia per una scarsa propensione dei cittadini a modificare i propri stili di vita.

Il rischio concreto per i cittadini italiani è quello di perdere un servizio sanitario pubblico incentrato sui principi dell'equità e dell'universalismo che rappresenta una conquista sociale fondamentale per garantire l'eguaglianza di tutti gli individui.

Per poter gestire le fragilità del SSN portate alla luce dalla pandemia è necessario adottare un approccio di sistema che consiste nel coinvolgere tutti gli stakeholder della sanità: decisori politici, manager, professionisti sanitari e cittadini¹⁹³.

3.1 Gli effetti sull'erogazione delle prestazioni sanitarie

A fronte di una carenza di personale, di posti letto e del sovraccarico ospedaliero dovuto all'emergenza sanitaria, le prestazioni sanitarie non correlate a Covid-19 sono state ridotte con l'obiettivo di aumentare la capacità del sistema sanitario per la presa in carico dei pazienti affetti dal virus. Si è dunque assistito, come affermato in precedenza, ad una contrazione del diritto individuale alla salute al fine di tutelare l'interesse della collettività alla salute.

Come conseguenza a tutto ciò, le persone fragili e affette da malattie croniche, che peraltro sono più a rischio di sviluppare una forma severa di Covid-19 e di andare incontro a decesso, sono anche più esposte ai danni indiretti causati dalla pandemia, tra cui, appunto, la riduzione o addirittura la cancellazione delle prestazioni sanitarie tradizionali e di routine con conseguenze rilevanti sulla salute¹⁹⁴.

In particolare, nel 2020 rispetto al 2019, si è registrata una significativa riduzione delle visite specialistiche, degli interventi chirurgici per il tumore alla mammella e

¹⁹³ Ibidem.

¹⁹⁴ *Ivi*, p. 5.

del colon-retto, delle prestazioni di screening mammografico e dei ricoveri per infarto miocardico acuto e per ictus ischemico.

Sono state, infatti, adottate diverse circolari da parte del Ministero della Salute aventi ad oggetto la riprogrammazione delle attività considerate clinicamente differibili sulla base del rapporto rischio-beneficio, specificando naturalmente che le stesse avrebbero dovuto essere riattivate non appena possibile¹⁹⁵.

Purtroppo, però, i dati hanno confermato che molte prestazioni in ambito oncologico sono state cancellate o rimandate nonostante queste fossero classificate come interventi non procrastinabili dalle indicazioni ministeriali.

Con il decreto-legge n. 104/2020¹⁹⁶ è stato incrementato il Fabbisogno Sanitario Nazionale di 478,2 milioni di euro da destinare al riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali e di screening e il ripristino dei ricoveri ospedalieri non effettuati a causa della pandemia da Covid-19 con il fine ultimo di ridurre le liste d'attesa.

In generale possiamo dire che si è assistito ad una riduzione delle prestazioni sanitarie, in particolare: nel 2020, si è registrato un calo dei ricoveri del 17% pari a 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda invece le prestazioni ambulatoriali la riduzione è stata di 144,5 milioni¹⁹⁷.

La crisi pandemica ha perciò determinato un grave squilibrio tra la domanda di prestazioni sanitarie e la disponibilità di risorse necessarie.

3.2 La mortalità durante la pandemia

Una delle conseguenze inevitabili della pandemia da Covid-19 è proprio l'aumento della mortalità dovuto, sia allo sviluppo di una forma severa di Covid-19 sia a causa di trattamenti ritardati o addirittura sospesi come conseguenza di un sistema sanitario sovraccarico e dunque non in grado di rispondere alla totalità dei bisogni di salute¹⁹⁸.

Il quinto rapporto prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) del 5 marzo 2021 e avente ad oggetto <<l'impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della

¹⁹⁵ *Ivi*, p. 7.

¹⁹⁶ Decreto-legge, 14 agosto 2020, n. 104, *Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*, GU n. 203 del 14 agosto 2020.

¹⁹⁷ Cartabellotta, N [et al.] (2021), *cit.* alla nota 150, p. 12.

¹⁹⁸ *Ivi* pp. 8-9.

popolazione residente anno 2020>>¹⁹⁹ si è occupato di analizzare la mortalità dell'anno 2020, calcolando la mortalità in eccesso rispetto alla media dei cinque anni precedenti (2015-2019).

In particolare, durante il 2020 sono decedute 746.146 persone, con un +15,6% rispetto alla media dei cinque anni precedenti. L'eccesso di mortalità è stato dunque di 108.178 decessi di cui il 70% positivi al Covid-19. L'eccesso di mortalità non ha avuto una distribuzione uniforme sul territorio italiano. Esso, infatti, è stato più accentuato al Nord (+61,1%) rispetto al Centro (+8,1%) e al Sud (+5,1%). Inoltre, l'eccesso di mortalità a livello nazionale aumenta al crescere dell'età ed è molto maggiore nei soggetti di sesso maschile.

Per concludere, l'Eurostat ha confrontato l'eccesso di mortalità nel 2020 con quello nel periodo compreso tra il 2016 e il 2019: l'Italia ha registrato un eccesso di mortalità pari al +20,4%, un dato superiore alla media europea (+15%).

3.3 Una pandemia disuguale

Uno degli effetti della pandemia è stato l'acuirsi delle disuguaglianze di salute già presenti nella società, per le quali si intendono le differenze nello stato di salute tra diversi gruppi di persone che sono evitabili mediante l'adozione di misure adeguate²⁰⁰. Tra le persone che già, prima dell'arrivo del virus, erano in condizioni di svantaggio socioeconomico, si è rilevato un maggior rischio di infezione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso, a causa di una maggior prevalenza di malattie croniche e di altri meccanismi riguardanti l'impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute²⁰¹.

Il Covid-19 è dunque una pandemia sindemica: si acuisce con le disuguaglianze esistenti nelle malattie croniche e nei determinanti sociali di salute come le condizioni abitative e di lavoro²⁰².

¹⁹⁹ Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e Istituto Superiore di Sanità (ISS), 5 marzo 2021, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020*, https://www.istat.it/it/files/2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf.

²⁰⁰ Centre for Global Health Inequalities Research (2020), *La pandemia Covid-19 e le disuguaglianze di salute: non siamo tutti uguali*, https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2020/201226_factsheet_covid19-inequalities_chain_italian.pdf.

²⁰¹ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 61-68.

²⁰² Centre for Global Health Inequalities Research (2020), *cit.* alla nota 200.

Le conseguenze sorte in seguito alle inevitabili misure per limitare il contagio, tra cui la riallocazione delle risorse sanitarie, il distanziamento sociale, nonché le ricadute su economia, occupazione e reddito, hanno colpito in maniera più aggressiva le persone più svantaggiate²⁰³.

Prendendo in considerazione la popolazione generale ed escludendo gli operatori sanitari, la probabilità di contrarre il virus aumentava con il diminuire del livello di istruzione e tra le persone straniere. Dunque, le disuguaglianze sociali nella frequenza di infezione risultavano più accentuate tra quei gruppi sociali, come gli immigrati che vivono in condizioni abitative più disagiate, con maggiore sovraffollamento e che svolgono professioni a maggior contatto con il pubblico.

Per quanto riguarda, invece, la prevenzione ambientale del confinamento totale (lockdown) e di protezione individuale con il distanziamento fisico, possiamo dire che, in generale, essa ha colpito tutti allo stesso modo, salvo le professioni necessarie all'emergenza.

La prevenzione dell'infezione non avrebbe introdotto significative disuguaglianze sociali, grazie all'adozione di regole uguali per tutti e ad una uguale compliance alle stesse, frutto di una uguale percezione del rischio.

Fin da subito è stato dimostrato che uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo delle forme più gravi del Covid-19 sia stato l'aver una patologia cronica (diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale, tumori e obesità). In Italia, così come in tutti i Paesi sviluppati e caratterizzati da un processo di invecchiamento anagrafico della popolazione, la frequenza di una malattia cronica è, oltre che in crescita, distribuita in maniera inversamente proporzionale allo svantaggio sociale (bassa istruzione, professione poco qualificata, reddito insufficiente). Fondamentali, dunque, appaiono le politiche volte a contrastare l'insorgere delle disuguaglianze nelle malattie croniche: per esempio, gli interventi di prevenzione per le disuguaglianze nell'obesità contribuiscono a limitare quelle nel diabete, le quali a loro volta possono diminuire gli effetti sfavorevoli del Covid-19.

In generale possiamo dire che la mortalità direttamente attribuibile all'infezione da SARS-CoV-2 cresce all'aumentare del numero di svantaggi sociali.

²⁰³ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 61-68.

La pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che acuire le disuguaglianze etniche e socioeconomiche già presenti da tempo all'interno della società²⁰⁴.

4. Il rapporto Stato-Regioni nella gestione della pandemia da Covid-19

La letteratura della public policy e public administration inquadra la collaborazione e la capacità di coordinamento tra i diversi livelli di governo, tra i possibili fattori responsabili del successo o meno delle risposte alle crisi sanitarie e non, insieme al livello di preparazione organizzativa e gestionale dei governi e alla presenza o meno di esperienze simili già vissute in passato²⁰⁵.

La gestione della pandemia da Covid-19 può essere definita come uno stress-test del funzionamento delle relazioni interistituzionali in quanto essa mette in evidenza le criticità e i meccanismi di funzionamento dei rapporti centro-periferia nei sistemi di governo multi-livello.

Il Governo italiano dichiara lo stato di emergenza nazionale per Covid-19 il giorno successivo alla dichiarazione di emergenza internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), vale a dire il 31 gennaio 2020. Nei primi sei mesi dell'emergenza il Governo nazionale, sulla base delle proprie competenze esclusive in materia di profilassi internazionale, ordine pubblico e sicurezza, ha adottato 269 provvedimenti normativi: 16 decreti-legge, 17 decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e oltre 200 provvedimenti fra circolari, ordinanze, decreti e direttive ministeriali²⁰⁶.

Alla normativa nazionale si sono poi aggiunti i provvedimenti regionali, vale a dire le oltre 850 ordinanze e le 42 leggi regionali, in virtù del potere del Presidente della Regione e del Sindaco (oltre che del Ministro della Sanità) di emanare ordinanze urgenti in materia di igiene e sanità pubblica con efficacia estesa rispettivamente alla Regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale, come previsto dall'articolo 32 della legge n. 833/1978²⁰⁷.

A prescindere dal riparto di competenze legislative tra i livelli di governo, la Costituzione valorizza il ruolo del Governo nella gestione delle emergenze in

²⁰⁴ Ibidem.

²⁰⁵ Baldi, B., Profeti, S. (2020), *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del COVID-19*, <<Rivista italiana di Politiche Pubbliche>>, n. 3/2020, pp. 277-292.

²⁰⁶ Ibidem.

²⁰⁷ Legge, 23 dicembre 1978, n. 833, *cit.* alla nota 52, Articolo 32.

quanto l'articolo 77 prevede che in casi straordinari di necessità e urgenza, il Governo possa adottare provvedimenti provvisori aventi forza di legge sotto forma di decreti-legge. Dunque, in mancanza di una disciplina costituzionale sull'emergenza, il decreto-legge è lo strumento più adeguato ad affrontare situazioni emergenziali anche al fine di autorizzare il ricorso alle ordinanze di necessità e urgenza. Quest'ultime sono provvedimenti amministrativi straordinari che possono essere adottati dallo Stato, dalle Regioni e dagli enti locali nei casi previsti dalla legge o da un decreto-legge, al fine di fronteggiare situazioni di necessità che non possano essere gestite con gli strumenti ordinari previsti dall'ordinamento giuridico²⁰⁸. È chiaro che i poteri di ordinanza essendo attribuiti a diversi livelli territoriali possono, in concreto, compromettere un'adeguata gestione dell'emergenza a livello nazionale.

Nonostante la situazione emergenziale possa far pensare alla necessità di assicurare un'azione unitaria dello Stato al fine di garantire un intervento tempestivo, esso deve comunque rispettare il principio di leale collaborazione tra gli enti.

In diverse fasi, però, lo Stato, al fine di garantire una gestione unitaria dell'emergenza su tutto il territorio nazionale, non ha rispettato il principio costituzionale di leale collaborazione, introdotto in Costituzione con la Riforma del Titolo V che impone un'azione coordinata tra Stato e Regioni, valorizzando in tal modo un modello di regionalismo cooperativo²⁰⁹.

La cosiddetta "fase 1" si è infatti caratterizzata per un progressivo accentramento di potere in capo al Governo nazionale. In particolare, l'articolo 3 del decreto-legge n. 6 del 23 febbraio 2020²¹⁰, adottato in seguito alla manifestazione dei primi casi sul territorio nazionale, stabiliva che << *Le misure di cui agli articoli 1 e 2 sono adottate [...], con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministero della salute, sentito il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri ministri competenti per materia, nonché i Presidenti delle regioni competenti, nel caso in*

²⁰⁸ Marchetti. G (2020), *La conflittualità tra governo e regioni nella gestione dell'emergenza Covid-19, i limiti del regionalismo italiano e le prospettive di riforma*, <<Centro studi sul federalismo>>, pp. 4-19.

²⁰⁹ Ibidem.

²¹⁰ Decreto-legge, 23 febbraio 2020, n. 6, *cit.* alla nota 156, Articolo 3.

cui riguardino esclusivamente una sola regione o alcune specifiche regioni, oppure il Presidente della Conferenza dei Presidenti delle regioni, nel caso in cui riguardino il territorio nazionale>>. Il fatto che i Presidenti delle regioni venissero solamente consultati stava a significare la possibilità di agire anche contrariamente al loro parere.

Dunque, il primo decreto-legge adottato dal Governo fu un decreto che aprì le porte a una decretazione del Presidente del Consiglio dei ministri (e nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri anche di altre autorità, tra cui i Presidenti delle Regioni) sostanzialmente illimitata, salvo l'indicazione del fatto che doveva trattarsi di misure adeguate e proporzionate all'evolversi della situazione epidemiologica.

Nonostante la partecipazione debole riconosciuta alle Regioni nel procedimento di adozione delle misure per il contenimento del virus, esse hanno comunque continuato ad adottare ordinanze contingibili ed urgenti in quanto tale potere non veniva espressamente tolto loro dal decreto-legge n. 6/2020. Il decreto, però, introduceva alcuni limiti al potere di ordinanza: esso poteva essere esercitato solamente fino all'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e nei soli casi di "estrema necessità e urgenza". Tuttavia, però, il decreto lasciava alle Regioni e ai Comuni la possibilità di adottare "ulteriori misure" senza alcun previo controllo o obbligo di collaborazione con lo Stato²¹¹. La conseguenza è stata che le Regioni hanno iniziato a produrre ordinanze contingibili ed urgenti in autonomia, anche in contrasto con quanto stabilito dalle disposizioni nazionali. A tal proposito, possiamo ricordare l'ordinanza n. 1/2020²¹² del Presidente della Regione Marche che ordinava su tale territorio alcune delle misure previste dal decreto-legge n. 6 del 23 febbraio 2020 pur non avendo, fino a quel momento, contagi all'interno della Regione, ma semplicemente sul presupposto che nella Regione Emilia-Romagna, confinante con le Marche, erano stati rilevati casi di Covid-19. Questa ordinanza, però, difettava di un elemento fondamentale previsto dal decreto-legge n. 6/2020 e cioè che le misure di contenimento potessero essere

²¹¹ Marchetti. G (2020), *cit.* alla nota 208.

²¹² Ordinanza del Presidente della Regione Marche, 25 febbraio 2020, n. 1, *Misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*, https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/CORONAVIRUS/Regione%20Marche_Ordinanza%20n_1%20del%2025%20febbraio%202020_COVID-19.pdf.

adottate laddove vi fosse la presenza di soggetti positivi, cosa che fino a quel momento non si era ancora realizzata ma solo nei territori confinanti. La reazione dello Stato è stata quella di impugnare, dinanzi al TAR, l'ordinanza n. 1/2020 ottenendone la sospensione cautelativa proprio perché emessa in assenza del presupposto che nella zona risultasse positiva almeno una persona. I contrasti si producono anche con altre Regioni così come si sviluppano frizioni riguardo alla somministrazione dei tamponi, regolata in modo autonomo e differenziato senza seguire le disposizioni nazionali²¹³.

Con il decreto-legge n. 19 del 25 marzo 2020 il Governo introduce margini di differenziazione, prevedendo la possibilità per le Regioni di adottare misure più restrittive a seconda della situazione epidemiologica presente sul proprio territorio. Inoltre, i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri possono essere adottati, oltre che su proposta del Ministro della Salute, anche su proposta dei Presidenti delle Regioni interessate nel caso in cui riguardino esclusivamente una Regione o alcune specifiche Regioni, oppure del Presidente della Conferenza delle Regioni nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale. Con questo decreto, però, viene stabilito che nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri le misure potranno essere adottate dal Ministro della Salute e non più dai Presidenti delle Regioni.

I primi due decreti-legge erano dunque stati caratterizzati da una forte tendenza di centralizzare le misure di intervento nelle mani del Governo nazionale, lasciando alle Regioni soltanto un compito di consultazione o eventualmente, con il decreto-legge n. 19/2020, una possibilità di proposta ma senza una intesa necessaria da parte delle Regioni sulle misure da adottare.

Nella cosiddetta "fase 2" troviamo il DPCM del 26 aprile²¹⁴ che fissa la data del 18 maggio come quella della sostanziale riapertura del Paese. Anche in questa fase si producono molti contrasti con i Presidenti delle Regioni che vogliono anticipare la riapertura o comunque realizzarla in modo differenziato a seconda dell'andamento dell'epidemia. A tal proposito possiamo ricordare l'ordinanza n.

²¹³ Baldi, B., Profeti, S. (2020), *cit.* alla nota 205.

²¹⁴ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 26 aprile 2020, *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*, GU n. 108 del 27 aprile 2020.

37/2020²¹⁵ del Presidente della Regione Calabria che anticipava di due settimane la riapertura di bar, ristoranti, agriturismi e pizzerie, contrastando in tal modo con le disposizioni governative. L'ordinanza venne dunque impugnata dal Governo dinanzi al TAR della Regione Calabria che ne dispose l'annullamento.

Il fatto che le Regioni abbiano adottato policies differenti dimostra come la centralizzazione, quando non si tratta di questioni di "ordine", non crei automaticamente compliance²¹⁶.

Sulla base del principio di leale collaborazione, previsto dall'articolo 120 della Costituzione, i provvedimenti normativi del Governo avrebbero dovuto prevedere una maggiore collaborazione con i governi regionali attraverso lo strumento dell'intesa²¹⁷.

Infine, si arriva al decreto-legge n. 33 del 16 maggio 2020²¹⁸ i cui contenuti risultano concertati con le Regioni e dunque maggiormente improntati alla collaborazione: esse potranno regolare in autonomia le date della ripartenza nel rispetto dei protocolli di sicurezza nazionali e in base all'andamento epidemiologico²¹⁹. Si attribuisce così, un ruolo di maggior protagonismo alle Regioni conseguente alla scelta di procedere nell'ottica della differenziazione territoriale delle misure e della loro applicazione. A tal proposito, l'articolo 1, comma 16, stabiliva quanto segue <<Per garantire lo svolgimento in condizioni di sicurezza delle attività economiche, produttive e sociali, le regioni monitorano con cadenza giornaliera l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale. I dati del monitoraggio sono comunicati giornalmente dalle regioni al Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanità e al comitato tecnico-scientifico [...] nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 19/2020, la

²¹⁵ Ordinanza del Presidente della Regione Calabria, 29 aprile 2020, n. 37, *Disposizioni relative alle attività di ristorazione e somministrazione di alimenti e bevande, attività sportive e amatoriali individuali e agli spostamenti delle persone fisiche nel territorio regionale*, <https://www.rcovid19.it/gCloud-dispatcher/c0add6810100-38ab-ae11-85a8-557841b3>.

²¹⁶ Di Giulio. M (2020), *Per non sprecare una crisi*, <<Il Mulino>>.

²¹⁷ Mandato. M (2020), *Il rapporto Stato-Regioni nella gestione del Covid-19*, <<Nomos: le attualità nel diritto>>, n. 1/2020, p. 5.

²¹⁸ Decreto-legge, 16 maggio 2020, n. 33, *Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*, GU n. 125 del 16 maggio 2020.

²¹⁹ Baldi. B, Profeti. S (2020), *cit.* alla nota 205.

Regione, informando contestualmente il Ministro della salute, può introdurre misure derogatorie, ampliative o restrittive, rispetto a quelle disposte ai sensi del medesimo articolo 2>>²²⁰. Dunque, con il decreto-legge n. 33/2020 abbiamo un'apertura all'intervento regionale che costituisce da un lato, la risposta alle critiche di una eccessiva centralizzazione promossa dai primi decreti-legge e, dall'altro, risponde a esigenze oggettive di differenziazione della risposta sul territorio in base all'andamento della pandemia che, appunto, non era uguale su tutto il territorio nazionale.

La concertazione e la tendenza alla differenziazione regionale caratterizzeranno anche i provvedimenti nazionali successivi²²¹.

4.1 La debole collaborazione tra Stato e Regioni

In generale possiamo dire che lo Stato, per far fronte alla pandemia, ha adottato un modello di accentramento delle competenze accompagnato da una debole collaborazione tra Governo e Regioni, basata su un confronto obbligatorio ma non vincolante. Lo Stato ha infatti ricorso alla sua competenza esclusiva nelle materie di “ordine pubblico e sicurezza” e “profilassi internazionale” conseguentemente, i decreti-legge hanno riservato alle Regioni un ruolo residuale consentendo un loro intervento solamente nei casi e nei limiti espressamente previsti. Pur ritenendo che la disciplina statale avrebbe potuto lasciare alle Regioni maggiori possibilità di intervento, in virtù delle loro competenze in materia sanitaria e della differente diffusione del virus sui diversi territori regionali, appare, tuttavia, ragionevole una gestione unitaria dell'emergenza sul territorio nazionale in considerazione dell'urgenza dello Stato di agire²²².

A tal proposito, la Corte costituzionale con la sentenza n. 37/2021²²³, avente ad oggetto il ricorso presentato dal Governo nei confronti della legge regionale della Valle d'Aosta n. 11/2020²²⁴, ha legittimato una gestione accentrata e unitaria dell'emergenza. Il Governo riteneva che la legge regionale entrasse in conflitto

²²⁰ Decreto-legge, 16 maggio 2020, n. 33, *cit.* alla nota 218, Articolo 1 comma 16.

²²¹ Baldi, B., Profeti, S (2020), *cit.* alla nota 205.

²²² Marchetti, G (2020), *cit.* alla nota 208.

²²³ Corte costituzionale, 12 marzo 2021, n. 37, GU n. 11 del 17 marzo 2021.

²²⁴ Legge regionale, 9 dicembre 2020, n. 11, *Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d'Aosta in relazione allo stato di emergenza*, B.U.R n. 69 dell'11 dicembre 2020.

con le misure disposte a livello nazionale e che pertanto, la Regione si sottraesse alle politiche di contenimento dettate dallo Stato. L'articolo 1, infatti, stabiliva che determinate attività commerciali potessero svolgersi purchè nel rispetto delle misure di sicurezza fissate dalla legge stessa. Profonda, dunque, era la convinzione governativa che la legge valdostana avrebbe dato luogo ad un meccanismo autonomo ed alternativo di gestione dell'emergenza sanitaria rispetto a quello previsto dal Governo. La Corte afferma che la materia oggetto dell'intervento legislativo regionale ricade nella competenza legislativa esclusiva dello Stato a titolo di "profilassi internazionale" che è comprensiva di ogni misura atta a contrastare una pandemia sanitaria in corso e prevenirla. Inoltre, a fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, vi è la necessità di avere una disciplina unitaria di carattere nazionale idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del diritto alla salute, e ciò può essere garantito solamente facendo rientrare la questione Covid-19 all'interno della materia di profilassi internazionale. I piani di vaccinazione, eventualmente affidati a presidi regionali, devono svolgersi secondo i criteri nazionali. Le autonomie regionali, ordinarie e speciali, non sono quindi completamente estranee alla gestione delle emergenze in materia sanitaria, in ragione delle loro attribuzioni spettanti nelle materie concorrenti della tutela della salute e della protezione civile. In particolare, spetta anche alle strutture sanitarie regionali operare ai fini di igiene e profilassi ma nei limiti in cui esse si inseriscano armonicamente nel quadro delle misure straordinarie adottate a livello nazionale. Ciò che la legge statale permette non è una politica regionale autonoma sulla pandemia, nemmeno nel caso in cui sia più stringente rispetto a quella statale, ma la sola disciplina restrittiva o ampliativa che si dovesse imporre per ragioni manifestatesi dopo l'adozione di un DPCM e prima che sia assunto quello successivo. È però chiaro che, in base al quadro normativo statale, ciò può accadere per mezzo di atti amministrativi in ragione della loro flessibilità e non tramite l'attività legislativa regionale. Per tutte queste ragioni, la Corte costituzionale dichiara illegittima la maggior parte della legge regionale della Valle d'Aosta²²⁵.

²²⁵ Merlano, C (2021), *Il riparto di competenze tra Stato e Regioni al tempo della pandemia secondo la Corte costituzionale: il "caso" Valle d'Aosta, <<Il Piemonte delle Autonomie>>*, Anno VIII, n. 1-2021.

Se da un lato si ritiene ammissibile una gestione unitaria dell'epidemia sul territorio nazionale vista l'urgenza di intervenire rapidamente, dall'altro però, non è accettabile un eccessivo sacrificio del principio costituzionale di leale collaborazione tra Stato e Regioni che, come analizzato precedentemente, soprattutto nella prima fase della pandemia, non è stato rispettato dal Governo²²⁶. L'intreccio delle competenze legislative statali e regionali in materia sanitaria avrebbe dovuto imporre una maggiore attività di coordinamento tra lo Stato e le Regioni attraverso strumenti quali l'accordo o l'intesa. La stessa Corte costituzionale ha più volte ribadito che tale principio deve essere applicato proprio nei casi di esercizio di competenze che interessano diversi livelli di governo, in modo tale da evitare sovrapposizioni di competenze e invasioni della sfera di autonomia regionale. Si è dunque assistito ad una cooperazione solamente formale dato che i provvedimenti del Governo potevano essere adottati anche in caso di disaccordo delle Regioni²²⁷.

Dal punto di vista costituzionale la normativa emergenziale dello Stato non ha preso in considerazione il fatto che il modello di stato regionale italiano prevede che i rapporti tra Stato e Regioni siano basati sul principio di leale collaborazione. Esso è fondamentale per la tenuta di un sistema costituzionale fortemente decentrato, conseguentemente, le esigenze unitarie della pandemia non giustificano l'assenza di un'azione coordinata tra Stato e Regioni. È proprio nelle situazioni di emergenza che si rende necessaria un'azione coordinata tra gli enti in modo tale che le decisioni accentrate possano tenere conto delle diverse esigenze territoriali²²⁸.

²²⁶ Marchetti. G (2020), *cit.* alla nota 208.

²²⁷ *Ibidem.*

²²⁸ *Ibidem.*

CAPITOLO IV

L'APPRENDIMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LE SOLUZIONI INNOVATIVE

1. Apprendere dall'esperienza

La pandemia da Covid-19 ha contribuito a collocare il settore sanitario, in genere poco considerato nel dibattito politico e dai media, al centro dell'attenzione. Ci si è particolarmente soffermati sul suo personale, sulla sua capacità ricettiva, sulle sue modalità operative e sulle sue performance²²⁹.

Sul piano dell'agenda delle politiche sociali il cambiamento più significativo è quello che riguarda, appunto, il settore sanitario. Due elementi suggeriscono che si tratterà probabilmente del cambiamento che produrrà gli effetti più duraturi sull'agenda. Il primo elemento riguarda la presenza di una comunità di policy composta principalmente da tecnici ed esperti, organizzata e fondamentale per superare l'emergenza, in grado di sfruttare la crisi per modificare l'agenda e argomentare a favore di una trasformazione non incrementale dello status quo. Ciò è a sua volta facilitato, ed è il secondo elemento, dalla gravità del problema, vale a dire una minaccia per la collettività che consentirà ai sostenitori del cambiamento di fare leva su un insieme di elementi simbolici ed evidenze numeriche molto potente²³⁰.

Grazie alla Costituzione e alla legge n. 833/1978 l'Italia è riuscita ad affrontare l'emergenza sanitaria senza aggiungere alle tante sofferenze la preoccupazione del costo di trattamenti che per molte famiglie italiane sarebbe stato insostenibile. Nessuna persona esposta al rischio di disoccupazione, fenomeno purtroppo molto diffuso come una delle conseguenze di questa crisi, ha temuto di perdere il diritto alle cure. Come disse Tina Anselmi, il ministro che portò all'approvazione della legge n. 833/1978, non bisogna mai dimenticare che <<le conquiste raggiunte non sono mai per sempre>>, per tale motivo abbiamo il dovere di conservare tale patrimonio e adeguarlo alle mutate esigenze della popolazione²³¹.

²²⁹ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 81.

²³⁰ Razzetti. F (2020), *cit.* alla nota 17, p. 10.

²³¹ Dirindin. N (2020), *Le politiche sanitarie alla luce dalla pandemia*, <<Il Mulino>>, Fasciolo 2, luglio-dicembre 2020, pp. 53-54.

La risposta dei Sistemi Sanitari Regionali alla crisi si è incentrata principalmente su una mobilitazione straordinaria del personale sanitario e dei servizi locali che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, degli investimenti e del numero di operatori sanitari. Nel futuro, oltre a migliorare i processi di governance e i piani di preparazione alle crisi, le politiche post-Covid-19 dovranno colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza sanitaria, al fine di migliorare la resilienza del SSN garantendo così continuità nelle prestazioni sanitarie, anche in presenza di shock improvvisi²³².

Le crisi, in quanto appunto shock esogeni per i sistemi economici e sociali, spesso rappresentano “eventi focalizzanti” che permettono di creare nuove opportunità per introdurre cambiamenti di policy. Gli studi sulle politiche pubbliche utilizzano il concetto di “finestra di policy” per indicare un intervallo temporale in cui si verificano le condizioni o emerge l'opportunità per riformulare una politica pubblica. Questi cambiamenti, però, non sono automatici, infatti, le finestre possono richiudersi senza generare processi trasformativi che favoriscano il rinnovamento dei paradigmi di riferimento e delle soluzioni. Alcune finestre di policy si aprono con cadenza regolare, pensiamo alle leggi di bilancio, altre invece sono il risultato di avvenimenti contingenti e imprevedibili come è stato il caso della pandemia da Covid-19²³³.

È importante quindi, riuscire a trarre gli insegnamenti giusti da questa esperienza in quanto la prossima crisi sarà diversa da quella appena vissuta e avrà bisogno di un sistema sanitario reattivo e flessibile. Bisogna dunque considerare la crisi attuale come opportunità per ripensare la sanità.

1.1 Le risposte non pianificate, l'arte di improvvisare e l'apprendimento rapido

Le risposte non pianificate sono molto comuni durante una crisi, come quella attuale generata dal Covid-19. Esse si sono rivelate necessarie per affrontare l'emergenza sanitaria²³⁴.

²³² Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *cit.* alla nota 154, p. 13.

²³³ Maino. F (a cura di) (2021), *cit.* alla nota 39, p. 40.

²³⁴ Capano. G, Toth. F (2022), *cit.* alla nota 30, pp. 5-10.

Nella gestione di una crisi, molto spesso, non basta seguire le direttive che arrivano dall'alto o le indicazioni contenute nei documenti ufficiali. Chi opera in situazioni di emergenza deve sempre mantenere un senso critico, vale a dire essere in grado di pensare “fuori dagli schemi” e agire di conseguenza. Pensare fuori dagli schemi significa mettere in discussione l'interpretazione dominante condivisa dalla maggioranza e quindi, mettere in pratica quello che Weick definisce con il nome di “atteggiamento di saggezza”. Le direttive provenienti dai livelli superiori o da fonti considerate autorevoli non devono essere date per scontate in quanto potrebbero rivelarsi fallaci. Allo stesso tempo, le proposte che apparentemente possono sembrare assurde non devono essere frettolosamente etichettate come irricevibili. Come sostiene Weick, anche sotto pressione le persone non devono rinunciare a pensare con la propria testa.

Pensare fuori dagli schemi, dunque, significa dimostrare senso critico e autonomia di giudizio. Andare controcorrente però, comporta un prezzo in quanto ci si espone personalmente e dunque si corre un rischio. Chi, come Annalisa Malara (vedi capitolo III, paragrafo 3) sfida la versione dominante, dimostra coraggio e si assume le proprie responsabilità. Inoltre, la sua scelta di andare controcorrente si è pure dimostrata corretta dal momento che, se la dottoressa non avesse violato i protocolli ministeriali, il virus non sarebbe stato scoperto con tempestività e conseguentemente non si sarebbero implementate strategie immediate.

Con l'esempio dell'anestesista che trasgredendo i protocolli ha individuato il paziente zero si vuole quindi sottolineare come in situazioni di emergenza, le risposte “creative”, vale a dire non di routine e per questo talvolta contro le regole, siano alla base di politiche innovative. Questo però non significa che le regole vadano sempre trasgredite. Semplicemente si vuole portare l'attenzione sul fatto che gli ordini e le procedure devono essere valutate molto attentamente prima di essere adottate perché potrebbero rivelarsi fallaci ed ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo.

Un altro elemento molto comune durante una crisi è l'improvvisazione²³⁵. Essa, infatti, può contribuire a migliorare la gestione di una situazione emergenziale come dimostra il caso di Vo' Euganeo, un comune in provincia di Padova. Il 21

²³⁵ Ibidem.

febbraio 2020 veniva individuata, proprio in questo comune, la prima vittima con diagnosi di Covid-19. La decisione della Regione Veneto fu improvvisa e presa in poche ore: il Comune fu isolato e posto in isolamento per due settimane e l'intera popolazione fu sottoposta a tampone per capire quale parte della città fosse positiva al virus. Sebbene la possibilità di attuare un blocco locale fosse prevista dal Piano pandemico nazionale del 2006²³⁶, esso non prevedeva un test di massa sulla popolazione. Si trattava dunque di una decisione non prevista dai protocolli nazionali. Successivamente, la Regione Veneto chiese al Prof. Andrea Crisanti di analizzare i dati ottenuti dal test massivo e nell'accettare l'incarico, propose un secondo giro di tamponi dopo circa dieci giorni dal tampone iniziale. Anche questa procedura non era prevista dai protocolli nazionali eppure, grazie a questa scelta fu possibile individuare un'alta percentuale di individui infetti ma asintomatici e che erano quindi in grado di trasmettere il virus. Sulla base di questi risultati, il Prof. Andrea Crisanti propose un piano di sorveglianza attiva basato sulla ricerca del virus anche in soggetti asintomatici che fu così implementato dalla Regione Veneto.

L'improvvisazione è una capacità che spesso viene sottovalutata nella gestione di una crisi e che tende ad assumere una connotazione negativa: chi improvvisa può essere percepito come uno che non si è preparato bene in anticipo. Si è soliti sostenere che per affrontare un'emergenza sia necessario prevedere il pericolo ed elaborare in anticipo un piano d'azione dettagliato che gli attori dovranno seguire. Tuttavia, a volte può capitare che questi piani non esistano o addirittura possano rivelarsi inadatti ad affrontare una crisi imprevista. Visto che, nella gestione delle crisi non è possibile prevedere ogni singolo dettaglio in anticipo, i primi soccorritori devono essere in grado di improvvisare.

L'improvvisazione e il pensiero fuori dagli schemi possono essere combinati ma, si tratta di due capacità differenti. Chi pensa fuori dagli schemi, infatti, mette in discussione l'interpretazione dominante, considera fallaci alcune delle indicazioni ricevute e quindi non le applica al fine di evitare errori. Chi improvvisa, invece,

²³⁶ Ministero della Salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, GU n. 77 del 1° aprile 2006, https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=06A0278500100010110001&dgu=2006-04-01&art.dataPubblicazioneGazzetta=2006-04-01&art.codiceRedazionale=06A02785&art.num=1&art.tiposerie=SG.

non sempre viola le regole e i valori dominanti. L'improvvisazione non consiste nell'inventare qualcosa dal nulla: si improvvisa partendo da un qualcosa di preesistente. Come sostiene Weick, l'improvvisazione è un misto di precomposto e di spontaneo.

Un altro elemento che può emergere durante la gestione di una crisi è la rapidità di apprendimento²³⁷. L'apprendimento rapido consiste nella comprensione tempestiva circa l'inefficacia delle strategie in quel momento adottate. Questa consapevolezza porta a indagare sulle cause del problema e a sviluppare modalità d'azione alternative. L'apprendimento prevede diverse modalità: si può imparare dal passato, dai propri errori o dall'esperienza altrui.

Nella gestione della pandemia da Covid-19 sono stati diversi i casi di apprendimento rapido, tra cui, particolare rilievo assume quello dell'Emilia-Romagna in quanto mostra un mix di modalità di apprendimento. Nelle prime settimane di gestione dell'emergenza sanitaria la Regione aveva deciso di adottare un approccio ospedaliero e attendista, senza alcuna sorveglianza attiva sul territorio, aspettando semplicemente che i malati con sintomi gravi arrivassero in ospedale. Successivamente, l'Emilia-Romagna decise di cambiare strategia passando da un atteggiamento difensivo a uno proattivo consistente nella ricerca degli individui infetti sul territorio. L'Emilia-Romagna, inoltre, imparando dall'esperienza della Corea del Sud, è stata la prima Regione italiana a introdurre, intorno alla metà di marzo, la somministrazione di tamponi in modalità "drive through" che prevede che il test venga eseguito mentre il paziente rimane in auto, in questo modo il prelievo dei tamponi è più rapido e sicuro. Questa modalità di raccolta è stata poi emulata da altre Regioni.

Il passaggio da un approccio attendista a uno più proattivo è dovuto all'esperienza sul campo di alcune unità di terapia intensiva che vedevano i pazienti arrivare in ospedale in uno stadio di infezione troppo avanzato.

Dunque, l'Emilia-Romagna procedendo per tentativi si è rapidamente resa conto di aver commesso degli errori, ha appreso dall'esperienza altrui e ha prontamente modificato la propria strategia.

²³⁷ Capano, G, Toth, F (2022), *cit.* alla nota 30, pp. 5-10.

Quanto analizzato fino ad ora non sta a significare che i piani di emergenza preventivi non debbano essere preparati e che ci si debba affidare esclusivamente all'improvvisazione. I sistemi politico-amministrativi devono prepararsi ad affrontare crisi, progettando piani e protocolli da attuare in condizioni emergenziali. Tuttavia, tali piani possono non essere in grado di anticipare tutte le possibili sfide che si presenteranno o di dettagliare tutte le decisioni da attuare ai vari livelli di governo per affrontare una crisi. I piani di emergenza lasciano perciò, inevitabilmente, un margine di discrezionalità per i decisori. Per quanto dettagliati e lungimiranti, i piani preventivi lasciano sempre un vuoto attuativo che deve essere colmato da attività non pianificate. Integrando e correggendo i piani preventivi attraverso i comportamenti non pianificati, l'improvvisazione e l'apprendimento rapido è possibile rendere i sistemi di emergenza più affidabili e le politiche più solide.

Dunque, le politiche per essere solide devono essere progettate secondo il principio dell'autonomia coordinata. Con questo termine si fa riferimento a sistemi che non si limitano a concedere autonomia e spazio di manovra agli attori in quanto l'autonomia da sola rischia di creare un sistema frammentato in cui le componenti non interagiscono e non si aiutano a vicenda. La progettazione delle politiche deve, perciò, bilanciare autonomia e coordinamento dal centro, combinando due caratteristiche fondamentali²³⁸:

1) Quando un componente non funziona come dovrebbe, le altre parti devono lavorare per correggere l'errore. Il centro deve quindi intervenire per supportare i componenti periferici in difficoltà.

2) Le soluzioni che si dimostrano efficaci non devono rimanere confinate a livello locale ma il centro deve contribuire a diffonderle all'intero sistema.

Si tratta di due caratteristiche che i sistemi loosely coupled tipicamente non possiedono. Se da un lato, infatti, tali sistemi hanno una maggiore capacità innovativa, dall'altro però, hanno anche una minore capacità di diffondere omogeneamente l'innovazione.

²³⁸ Ibidem.

Questi due elementi non sono emersi durante la gestione della pandemia, confermando ancora una volta e, come si vedrà nei paragrafi successivi, come il SSN sia un sistema a legame debole.

1.2 Arrivare preparati

L'apertura a risposte non pianificate dovrebbe essere preparata in anticipo. Affinchè gli attori mostrino determinate capacità individuali in condizioni di crisi (incluso pensare fuori dagli schemi, improvvisazione e apprendimento rapido) è necessario incoraggiarli e addestrarli in anticipo. È fondamentale, infatti, creare in tempi di "pace" le condizioni che favoriscano la capacità degli individui di pensare fuori dagli schemi, improvvisare e di apprendere rapidamente. Le organizzazioni, infatti, non possono aspettarsi di trasformarsi completamente in situazioni di crisi o di comportarsi in modo diverso da come sono normalmente abituate. È dunque, in condizioni di pace, che è necessario abituare i singoli attori a sviluppare determinate competenze²³⁹.

Pensare fuori dagli schemi è un'inclinazione individuale che può essere incoraggiata e rafforzata da un contesto organizzativo aperto al dissenso, al confronto, alla discrezionalità individuale e a un processo decisionale non gerarchico. Al contrario, una cultura organizzativa basata sulla disciplina e sul conformismo con le conseguenti paure di contraddire i superiori e di infrangere le procedure formali, dovrebbe inibire l'autonomia di giudizio e scoraggiare la valutazione critica delle disposizioni ricevute. Un'organizzazione composta da diversi organi decisionali dovrebbe favorire una molteplicità di interpretazioni e confronto di opinioni. Al contrario, individui con caratteristiche simili rischiano di scivolare nel pensiero di gruppo.

Anche la capacità di improvvisare può essere preparata in anticipo. In molti Paesi, i decisori e gli operatori dell'emergenza sono chiamati periodicamente a svolgere esercitazioni e simulazioni di gruppo per prepararsi alla gestione delle crisi, al processo decisionale di emergenza e quindi all'improvvisazione.

L'apprendimento rapido, invece, può essere coltivato attraverso un ambiente organizzativo che attribuisce grande importanza allo sviluppo e alla condivisione

²³⁹ Capano, G, Toth, F (2022), *cit.* alla nota 30, pp. 10-12.

della conoscenza, dove gli errori non vengono nascosti ma apertamente segnalati come opportunità di miglioramento. È poi necessaria una comunicazione tra le varie parti del sistema al fine di garantire uno scambio di esperienze e una diffusione delle migliori pratiche.

Alcuni governi regionali, tra cui Veneto ed Emilia-Romagna, a differenza della Lombardia, sono stati in grado di accettare i consigli degli esperti, di mostrare umiltà nel copiare gli altri, di ammettere gli errori e di revocare le decisioni²⁴⁰.

Risulta dunque molto importante, come sottolineato nel paragrafo precedente, la capacità dei sistemi politico-amministrativi di prepararsi alla gestione delle crisi e ciò, può essere fatto anche attraverso la progettazione di piani e protocolli da attuare in condizioni emergenziali.

Già in passato erano stati sperimentati eventi straordinari, come incidenti, terremoti o alluvioni, di fronte ai quali i pronto soccorsi ospedalieri si sono trovati in forti difficoltà. Una delle conseguenze di tale impreparazione fu l'adozione, nel 1966, di linee guida che obbligavano i presidi sanitari a predisporre Piani di emergenza per massiccio afflusso di feriti (P.E.M.A.F). Dunque, nel 2020 gli ospedali ne erano dotati ma si sono dimostrati assolutamente inadeguati di fronte a questa nuova emergenza sanitaria mai sperimentata dal sistema, ma non per questo totalmente imprevedibile²⁴¹.

Che la pandemia fosse un rischio lo si sapeva già da molto tempo: nel 2005 infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva avvertito i Paesi membri di questo rischio e come conseguenza a ciò, nel 2006 il Governo italiano procedeva all'approvazione del "Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"²⁴² volto a definire gli obiettivi e le attività da realizzare per evitare di trovarsi impreparati di fronte alla pandemia. L'eventualità di una emergenza pandemica dunque era stata prevista, ma questo non è bastato affinché si generasse apprendimento. Questo ci insegna che se la minaccia non è percepita come concreta e devastante, la sola conoscenza non genera apprendimento. In

²⁴⁰ Ibidem.

²⁴¹ Giannelli, N, *Che cosa abbiamo imparato dalla epidemia del coronavirus?*, <<La Rivista delle Politiche Sociali>>, https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/07/Che-cosa-abbiamo-imparato-dalla-epidemia-del-coronavirus_Giannelli.pdf.

²⁴² Ministero della Salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, cit. alla nota 236.

mancanza di un pericolo avvertito come cogente e imminente, gli avvertimenti che la natura ci aveva dato (Ebola e Sars 1) non erano stati percepiti come abbastanza dirompenti²⁴³. Per apprendere da una crisi non basta subirla passivamente. Gli shock, così come i dati, non parlano da soli, non ci dicono chiaramente cosa fare, quando farlo e, soprattutto, come farlo. Occorre per tale motivo, essere predisposti all'apprendimento²⁴⁴.

In particolare, l'obiettivo principale del Piano è rafforzare la preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale, in modo da:

- 1) Identificare rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia.
- 2) Minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alle pandemie.
- 3) Ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
- 4) Assicurare un'adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia.
- 5) Garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media e il pubblico.
- 6) Monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

Un piano pandemico dunque esisteva già e, sebbene esso risalisse al 2006 e non fosse mai stato aggiornato, è stato in larga misura ignorato. Il virus ha circolato liberamente per settimane, le competenze epidemiologiche italiane non sono state attivate²⁴⁵.

Il Dott. Guido Marinoni, presidente dell'Ordine dei Medici di Bergamo ha dichiarato quanto segue: <<Si è scambiata una emergenza, che era di sanità pubblica, per una emergenza di terapie intensive. All'inizio, non sono stati isolati casi, non sono state fatte le indagini epidemiologiche, non sono stati fatti i tamponi ai pazienti, i medici sono andati in giro senza protezione individuale e soprattutto hanno involontariamente diffuso il contagio>>²⁴⁶.

²⁴³ Giannelli. N, *cit.* alla nota 241.

²⁴⁴ Di Giulio. M (2020), *Per non sprecare una crisi*, *cit.* alla nota 216.

²⁴⁵ Curtale. F (2020), *C'era una volta il Piano pandemico*, <<Salute internazionale>>, pp. 1-7.
<https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/cera-una-volta-il-piano-pandemico/>.

²⁴⁶ Ibidem.

Quando la pandemia è esplosa la maggior parte delle risorse disponibili sono state utilizzate per potenziare il sistema ospedaliero e di terapia intensiva trascurando la medicina territoriale. Questo porta alla necessità di riflettere sull'importanza di destinare le risorse dedicate alla sanità non solo per aumentare il numero di posti letto e strutture ospedaliere, ma anche per ricostruire il sistema di sorveglianza e della medicina territoriale.

Diversi obiettivi del Piano non sono stati rispettati.

Innanzitutto, il paziente zero è stato identificato grazie all'intuizione di un'anestesista che, come tale, non fa parte del sistema di sanità pubblica incaricato dell'identificazione di rischi infettivi.

Non bisogna poi dimenticare l'alto numero di personale sanitario che è stato infettato durante le prime settimane di pandemia durante le quali non si possedevano ancora sufficienti informazioni riguardo al virus²⁴⁷.

La sorveglianza epidemiologica per il Covid-19 ha riscontrato alcune difficoltà: dalla presenza di una molteplicità di parametri usati per decidere le restrizioni (Rt, incidenza, tassi di ospedalizzazione) passando per un tracciamento dei contagi che non teneva in considerazione gli asintomatici. Il tutto basandosi sui dati forniti da 21 enti regionali diversi e che raccolgono i dati in modo differente²⁴⁸.

La sorveglianza epidemiologica in Italia è coordinata dal Ministero della Salute in collaborazione con il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità. Queste due istituzioni non gestiscono la sorveglianza da sole ma fanno affidamento su una rete regionale composta da strutture sanitarie e medici che hanno il compito di segnalare i vari casi di malattie infettive monitorati periodicamente.

In Italia esistono due principali fonti di informazione sull'epidemia da Covid-19: la Protezione Civile e l'Istituto Superiore di Sanità. Una delle critiche fatte alle istituzioni che si sono occupate di sorveglianza è stata quella di non aver fornito, fin da subito, i dati disaggregati a chi li richiedesse al di fuori delle istituzioni (società scientifiche, giornalisti ecc.). Si è infatti dovuto aspettare l'ordinanza

²⁴⁷ Ibidem.

²⁴⁸ Giambelluca. A (2021), *Sorveglianza epidemiologica in Italia: come funziona e come è cambiata con la Covid-19?*,

<https://www.pphc.it/sorveglianza-epidemiologica/>.

della Protezione Civile n. 691 del 4 agosto 2020²⁴⁹ per consentirne la condivisione. Prima di allora non era possibile sapere quale fosse il percorso di analisi ed elaborazione che porta ai bollettini che leggiamo quotidianamente di ricoveri, decessi e tamponi.

Inoltre, per molti mesi non c'è stata omogeneità nel computo del numero di tamponi effettuati: chi contava i molecolari, chi gli antigenici, chi li somministrava agli asintomatici e chi no²⁵⁰.

La mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia e l'assenza delle attività di igiene pubblica (isolamenti dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti) sono stati due errori occorsi nelle prime settimane di gestione dell'emergenza sanitaria²⁵¹.

Si è appresa l'importanza di introdurre nuovi metodi sperimentati da altri Paesi, tra cui l'utilizzo di nuove tecnologie (Termo scanner, Test-Drive-through), il ricorso alla collaborazione della polizia per effettuare il contact tracing entro le 24 ore (Singapore) e l'adozione di strumenti di tracciatura dei contatti tramite telefonino (Corea)²⁵².

Il fatto che il virus sia riuscito a circolare indisturbato per settimane e che un gran numero di operatori sanitari sia stato contagiato, evidenzia un significativo problema di sottovalutazione del rischio infettivo. La consapevolezza del rischio infettivo non è solo necessaria per evitare la diffusione del virus in ambienti sanitari ma è un modo per rendere più efficiente un sistema di sorveglianza che si basa anche e, soprattutto, sull'intuizione del personale di sanità pubblica²⁵³.

Uno degli aspetti più importanti in un piano pandemico è la definizione di sistemi da mantenere efficienti nel periodo interpandemico. È infatti fondamentale, prima di trovarsi ad affrontare una pandemia, possedere sistemi informativi sulla salute a livello nazionale che siano utili alla sorveglianza. In Italia però, questo è mancato: i dati di mortalità sono arrivati con notevole ritardo, quando invece sarebbe stato utile conoscere la distribuzione dei decessi per causa di morte, genere, età e area

²⁴⁹ Ordinanza della Protezione Civile, 4 agosto 2020, n. 691, *Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*, GU n. 202 del 13 agosto 2020.

²⁵⁰ Giambelluca. A (2021), *cit.* alla nota 248.

²⁵¹ Curtale. F (2020), *cit.* alla nota 245.

²⁵² Ibidem.

²⁵³ Ibidem.

geografica. Sono quindi necessari una serie di sistemi che consentano di monitorare ciò che succede sul territorio, e questi devono essere costruiti quando ancora non c'è l'emergenza²⁵⁴.

Inoltre, è fondamentale possedere mascherine, gli ospedali devono essere attrezzati a isolare le persone sospette di aver contratto l'infezione e devono esistere dei piani per garantire la funzionalità dei servizi sanitari così da continuare a curare i pazienti che hanno bisogno di cure diverse da quelle richieste dall'emergenza in corso²⁵⁵.

Sono tutti aspetti che, nel caso della gestione della pandemia da Covid-19, sono mancati o comunque sono stati introdotti con estremo ritardo.

E' però importante sottolineare che non è detto, anzi, è poco probabile che una pianificazione fatta a tavolino poi funzioni realmente nel momento dell'emergenza. Per questo motivo il piano deve essere simulato e valutato costantemente nel tempo²⁵⁶. A tal proposito, Aaron Wildavsky della Berkeley University sostiene che la chiave di un buon piano di gestione della crisi è dettato proprio dalla flessibilità, perché una struttura rigida può dare più danni che altro. Pianificare quindi, è necessario e utile perché consente di identificare i responsabili di un settore del piano di emergenza così come permette di procurarsi tutto il necessario, anche in termini di strutture organizzative²⁵⁷.

1.3 Il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale

L'importanza di avere un piano pandemico aggiornato ha fatto sì che nella seduta del 25 gennaio 2021 della Conferenza Stato-Regioni venisse sancito l'accordo sul Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023²⁵⁸. Questo piano, pur facendo tesoro di quanto appreso dalla pandemia da Covid-19, si focalizza sulla preparazione

²⁵⁴ Panetto. M (2021), *Cos'è e a cosa serve un piano pandemico*, <https://ilbolive.unipd.it/it/news/cose-cosa-serve-piano-pandemico>.

²⁵⁵ Ibidem.

²⁵⁶ Ibidem.

²⁵⁷ *Prepararsi alla prossima pandemia*, https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviarica/pdf/Prossima_Pandemia.pdf.

²⁵⁸ Ministero della Salute, *Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*, GU n. 23 del 29 gennaio 2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3005_allegato.pdf.

rispetto a scenari pandemici da virus influenzali²⁵⁹.

Esso rappresenta un piccolo passo in avanti rispetto alla precedente versione del 2006. Sottolinea l'importanza di dotarsi di mascherine e dispositivi di protezione individuale, nuovi posti letto in terapia intensiva, la preparazione di scorte nazionali di farmaci antivirali e la formazione. Si tratta di miglioramenti significativi in quanto vanno nella direzione di proteggere le risorse più importanti nella lotta contro il virus, vale a dire il personale sanitario²⁶⁰.

Rispetto alle bozze precedenti, manca una frase che aveva suscitato molto scalpore: *<<quando la scarsità rende le risorse insufficienti rispetto alle necessità, i principi di etica possono consentire di allocare risorse scarse in modo da fornire trattamenti necessari preferenzialmente a quei pazienti che hanno maggiori probabilità di trarne beneficio>>*²⁶¹.

Nella nuova versione il concetto rimane ma viene formulato in maniera meno deterministica. In particolare, *<<il medico (o l'operatore sanitario), agendo in scienza e coscienza, valuta caso per caso il bisogno clinico dei pazienti secondo i criteri clinici di urgenza, gravosità e efficacia terapeutica, nel rispetto degli standard dell'etica e della deontologia professionale>>* e che *“gli interventi si basano sulle evidenze scientifiche e sono proporzionati alle condizioni cliniche dei pazienti, dei quali è tutelata la dignità e riconosciuta l'autonomia>>*²⁶².

Si tratta dunque di un passo indietro rispetto a una formulazione interpretata come vincolante per gli operatori che si dovessero trovare, in futuro, in una situazione simile a quella in cui l'Italia si trovò ad affrontare nella prima fase della pandemia da Covid-19, con poche risorse tecnologiche e terapeutiche a disposizione²⁶³.

“Preparedness e Readiness” ovvero “Preparazione e Prontezza” sono le due parole

²⁵⁹ Ministero della Salute, *Piano pandemico influenzale 2021-2023*, <https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=722&area=influenza&menu=vuoto>.

²⁶⁰ De Vogli, R., Gawronski, P., *Il piano pandemico bis non è all'altezza* <https://www.ilsole24ore.com/art/il-piano-pandemico-bis-non-e-all-altezza-ADCgPYNB>.

²⁶¹ Ibidem.

²⁶² *Influenza e Covid. Piano Pandemico, pronta una nuova bozza: mascherine e distanziamento utili anche contro la sola influenza. Limitato il passaggio sul triage in caso di risorse scarse*, <https://www.aogoi.it/notiziario/archivio-news/nuova-bozza-piano-pandemico/>.

²⁶³ Ibidem.

chiave per una buona risposta ad una pandemia ed è proprio su queste due parole che si basa il Piano pandemico influenzale 2021-2023 che dovrà essere aggiornato ogni 3 anni²⁶⁴.

La preparedness nelle emergenze infettive di sanità pubblica <<*comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale)*>>²⁶⁵. Il Piano definisce i vaccini come le misure preventive più efficaci con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo.

Durante una emergenza infettiva di sanità pubblica vengono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione. Si tratta di elementi che L'OMS definisce come readiness, vale a dire <<*la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella preparedness*>>²⁶⁶.

Infine, per ciclo di preparedness si intende <<*un percorso dinamico e ciclico della preparazione e risposta alle emergenze che vede la realizzazione di attività specifiche nelle varie fasi pre e post emergenziali finalizzati a migliorare la readiness*>>²⁶⁷.

L'obiettivo generale del Piano pandemico influenzale è quello di rafforzare la preparedness nella risposta ad una futura pandemia influenzale, in modo da²⁶⁸:

- 1) Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il numero di casi e quindi di vittime della pandemia in Italia e nei cittadini italiani che vivono all'estero.
- 2) Tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza.
- 3) Ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
- 4) Preservare il funzionamento della società e delle attività economiche.

²⁶⁴ Ibidem.

²⁶⁵ Ministero della Salute, *Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*, cit. alla nota 258, p. 26.

²⁶⁶ Ibidem.

²⁶⁷ Ibidem.

²⁶⁸ *Ivi*, p. 30.

Per poter realizzare questo obiettivo generale vengono definiti quattro obiettivi specifici²⁶⁹:

- 1) Pianificare le attività in caso di pandemia influenzale.
- 2) Definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello nazionale e regionale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione e altre eventualmente decise.
- 3) Fornire strumenti per una pianificazione armonizzata regionale al fine di definire ruoli e responsabilità dei diversi soggetti a livello regionale e locale per l'attuazione delle misure previste dalla pianificazione nazionale e da esigenze specifiche del territorio di riferimento.
- 4) Sviluppare un ciclo di formazione, monitoraggio e aggiornamento continuo del piano per favorire l'implementazione dello stesso e monitorare l'efficienza degli interventi intrapresi.

L'OMS ha individuato quattro fasi che corrispondono alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e agli obiettivi di gestione della crisi²⁷⁰:

1) Fase interpandemica

Essa corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali e si caratterizza per la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza. In questa fase è necessario sviluppare attività di preparedness rafforzando le capacità di identificazione, prevenzione e risposta a virus influenzali emergenti a potenziale pandemico.

2) Fase di allerta

Essa corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo. Questa fase è caratterizzata da una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e da un'attenta valutazione del rischio, a livello locale, nazionale e globale. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività (de-escalation) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti ovvero corrispondenti a quelle della fase interpandemica.

²⁶⁹ Ibidem.

²⁷⁰ *Ivi*, p. 36.

3) Fase pandemica

Questa fase corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo. All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi dell'epidemia a livello nazionale con: fasi acute in cui i casi sono in rapido aumento con segnali di sovraccarico dei servizi sanitari; fasi post-acute in cui i casi seppur ancora in numero elevato, hanno una tendenza in diminuzione; fasi di transizione epidemica in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari, in altre parole, sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.

4) Fase di transizione

Questa fase è caratterizzata da una diminuzione del rischio a livello globale con una conseguente riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio Paese-specifiche.

La pandemia da Covid-19 ha dunque confermato l'imprevedibilità di tali fenomeni e l'importanza di essere il più preparati possibile ad attuare tutte le misure per contenerli sul piano locale, nazionale e globale. Per tale motivo è fondamentale disporre di sistemi di preparazione che si basino su alcuni elementi comuni rispetto ai quali garantire la presenza diffusamente nel Paese e altri più flessibili da modellare in funzione della specificità del patogeno che possa emergere²⁷¹.

L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha dimostrato come le mascherine chirurgiche o quelle di comunità, quando usate correttamente da tutti, insieme alle altre misure di prevenzione, consentono di ridurre la trasmissione dell'infezione.

Sempre l'esperienza del 2020 ha evidenziato l'importanza di aumentare, nel giro di poco tempo, sia la produzione di mascherine e dispositivi di protezione individuale (DPI) a livello nazionale che i posti letto in terapia intensiva, al fine di garantire la continuità nell'assistenza e nella cura delle persone affette da malattie ordinarie (diverse dal Covid-19)²⁷².

²⁷¹ *Ivi*, p. 14.

²⁷² *Ibidem*.

Il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale rappresenta un inquadramento delle principali azioni da intraprendere per prepararsi correttamente ad un'eventuale pandemia influenzale e la necessità di stabilire adeguati strumenti per la prevenzione, la identificazione rapida e monitoraggio epidemico, la cura e il trattamento dei pazienti contagiati limitando il rischio di contagio per gli operatori sanitari e per i cittadini²⁷³.

Ha lo scopo di facilitare, oltre al processo decisionale, l'uso razionale delle risorse, l'integrazione, il coordinamento degli attori coinvolti e la gestione della comunicazione. Inoltre, dopo la pandemia, dovrebbe guidare le azioni del Governo, degli operatori sanitari, del mondo socioeconomico e della popolazione stessa per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate pandemiche²⁷⁴.

1.4 L'importanza della cooperazione

La pandemia da Covid-19 ci ha dunque insegnato l'importanza di prepararsi in anticipo ovvero in condizioni normali, alla gestione delle crisi sanitarie ma non solo, anche quanto sia importante la cooperazione e il coordinamento tra i Paesi per tutelare la salute delle persone.

A tal proposito, la "Commissione sulle lezioni per il futuro dalla pandemia da Covid-19" fondata nel 2020 dalla rivista The Lancet, ha affermato, nel suo Rapporto finale pubblicato il 14 settembre 2022, che la pandemia da Covid-19 ha rappresentato un totale fallimento della cooperazione. Il documento analizza ciò che è successo nei tre anni di pandemia e conclude dicendo che quasi nessuno Stato è riuscito a gestire la crisi sanitaria in modo soddisfacente²⁷⁵.

Secondo il Rapporto, i pilastri per una strategia di successo contro il diffondersi di un'infezione sono cinque: prevenzione, contenimento, un servizio sanitario efficiente, eguaglianza nella distribuzione dei rischi, innovazione e condivisione delle scoperte su scala globale. Per poter realizzare questi obiettivi è però necessaria una cornice etica fondata sull'«*orientamento di individui e*

²⁷³ *Ivi*, p. 25.

²⁷⁴ *Ibidem*.

²⁷⁵ Belardinelli. S (2022), *La Commissione di The Lancet sulla pandemia: "Un totale fallimento della cooperazione"*,

<https://ilbolive.unipd.it/it/news/lancet-pandemia-fallimento>.

governanti verso i bisogni della società presa nel suo insieme, e non verso i più ristretti interessi individuali>>. Questa prospettiva viene definita “prosocialità” ed è essenziale per la realizzazione di una società democratica, cooperativa e giusta ma soprattutto per riuscire ad affrontare una sfida globale come una pandemia.

La carenza di prosocialità è risultata evidente fin dalle prime settimane della diffusione del virus, periodo in cui sono stati commessi molti errori: dal ritardo da parte delle autorità cinesi nel comunicare il rilevamento di un’infezione sconosciuta nella provincia di Wuhan, all’esitazione da parte dell’OMS nel dichiarare la gravità della situazione e nel pubblicare linee guida che riconoscessero, nonostante le incertezze scientifiche, l’elevata probabilità di trasmissione del virus per via aerea e l’efficacia di misure di contenimento come l’utilizzo delle mascherine.

Uno dei principali ostacoli alla cooperazione sociale è stata la diffusione di notizie false e il costante screditamento delle evidenze scientifiche. Questo ha provocato, soprattutto nei Paesi più sviluppati, caratterizzati da un significativo individualismo e dunque da un’attenzione alla tutela della libertà individuale, una grave “epidemia” di sfiducia nei confronti delle autorità politiche le cui raccomandazioni sono state spesso ritenute inaffidabili e perciò disattese (pensiamo all’esitazione di fronte alla possibilità di usufruire dei vaccini).

Il Rapporto continua sostenendo che neppure le misure adottate dai singoli Stati possono ritenersi ispirate al principio della prosocialità. Gli Stati hanno agito in ordine sparso, senza dare priorità alla collaborazione nella diffusione dei dati, nella concertazione di politiche sugli spostamenti transfrontalieri o nella collaborazione scientifica e mediatica. Ciò che non è stato compreso è che, in una situazione di emergenza globale, che coinvolgeva tutta l’umanità, <<*nel controllo della trasmissione del virus, ogni Paese è dipendente dalle azioni degli altri, e dunque un approccio cooperativo è essenziale per raggiungere l’obiettivo desiderato*>>²⁷⁶.

Alcuni passi in avanti verso una maggiore cooperazione sono stati compiuti verso la fine del 2020. La Commissione europea ha infatti elaborato un pacchetto di

²⁷⁶ Ibidem.

proposte legislative, sotto il nome di “Unione europea della salute”, volto a dotare l’Unione europea di un quadro giuridico più adeguato a prepararsi e rispondere alle crisi sanitarie. Tra le proposte legislative troviamo: il rafforzamento del coordinamento a livello dell’Unione europea in caso di minacce sanitarie transfrontaliere; la revisione dei mandati del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e dell’Agenzia europea per i medicinali (EMA) al fine di migliorarne i servizi di sorveglianza, analisi scientifica e consulenza prima e durante le crisi ed infine; l’istituzione di una nuova agenzia dell’Unione europea per la preparazione biomedica (HERA)²⁷⁷.

Con riferimento alla prima proposta legislativa, il 24 ottobre 2022 il Consiglio ha adottato il regolamento sulle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero avente come obiettivo quello di garantire che l’Unione europea disponga di²⁷⁸:

- 1) Una solida pianificazione della preparazione e un sistema di sorveglianza più integrato.
- 2) Una migliore capacità per un’accurata valutazione dei rischi e una risposta mirata.
- 3) Solidi meccanismi di aggiudicazione congiunta per l’acquisto di contromisure mediche.
- 4) La possibilità di adottare misure comuni a livello dell’Unione europea per affrontare le future minacce per la salute a carattere transfrontaliero²⁷⁹.

Per quanto riguarda, invece, la seconda proposta legislativa, bisogna dire che il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l’Agenzia europea per i medicinali (EMA) sono stati uno dei protagonisti principali, sin dall’inizio della pandemia, nel lavoro dell’Unione europea per affrontare la crisi sanitaria. Tuttavia, la crisi ha evidenziato che entrambe le

²⁷⁷ *Risposta alla crisi sanitaria da Covid-19*,
<https://www.regione.emilia-romagna.it/sede-di-bruxelles/le-politiche-ue/sanita/risposta-alla-crisi-sanitaria-da-covid-19>.

²⁷⁸ *Unione europea della salute: rafforzare la risposta dell’UE in campo sanitario*,
https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_22_6363.

²⁷⁹ *Ibidem*.

agenzie devono essere rafforzate e dotate di mandati più solidi per proteggere la salute dei cittadini dell'Unione europea.²⁸⁰

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) si occupa di offrire agli Stati membri dell'Unione europea pareri scientifici indipendenti, assistenza e consulenza in materia di minacce per la salute pubblica, come appunto le malattie trasmissibili. Il 12 ottobre 2022 è stato adottato un regolamento²⁸¹ avente l'obiettivo di rafforzare il mandato dell'ECDC così da poter sostenere la Commissione e gli Stati membri nei seguenti settori: sorveglianza epidemiologica mediante sistemi integrati che consentano la sorveglianza in tempo reale; pianificazione, comunicazione e valutazione della preparazione e della risposta; elaborazione di raccomandazioni e opzioni non vincolanti per la gestione del rischio; capacità di mobilitare e impiegare la task force sanitaria dell'Unione europea per assistere la risposta locale dei Paesi membri ed infine; creazione a livello dell'Unione europea di una rete di laboratori. Per quanto riguarda, invece, l'Agenzia europea per i medicinali (EMA), essa è responsabile del monitoraggio della sicurezza dei medicinali. In data 25 gennaio 2022 è stato approvato un regolamento²⁸² avente come obiettivo il rafforzamento del suo mandato, al fine di garantire una risposta coordinata a livello dell'Unione in caso di crisi sanitarie grazie alle seguenti misure: monitoraggio e attenuazione del rischio di carenze di medicinali e dispositivi medici essenziali; fornitura di consulenza scientifica sui medicinali potenzialmente in grado di curare, prevenire o diagnosticare le malattie che causano le crisi sanitarie; coordinamento di studi per monitorare l'efficacia e la sicurezza dei vaccini ed infine; coordinamento delle sperimentazioni cliniche²⁸³.

²⁸⁰ *Unione europea della salute: proteggere gli europei dalle minacce per la salute a carattere transfrontaliero,*

<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/protecting-against-cross-border-health-threats/>.

²⁸¹ REGOLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO recante modifica del regolamento (CE) n. 851/2004, con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Bruxelles, 12 ottobre 2022,

<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-82-2021-INIT/it/pdf>.

²⁸² REGOLAMENTO (UE) 2022/123 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 gennaio 2022 relativo a un ruolo rafforzato dell'Agenzia europea per i medicinali nella preparazione alle crisi e nella loro gestione in relazione ai medicinali e ai dispositivi medici, GU L 20/1, del 31 gennaio 2022.

²⁸³ *Unione europea della salute: proteggere gli europei dalle minacce per la salute a carattere transfrontaliero,*

<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/protecting-against-cross-border-health-threats/>.

Infine, con riferimento all'ultima proposta legislativa, il 16 settembre 2021 è stata istituita la European Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), vale a dire la nuova autorità sanitaria europea per prevenire, anticipare e rispondere rapidamente alle emergenze sanitarie future in Europa. Essa rappresenta uno dei pilastri del quadro di policy "Unione europea della Salute" e andrà a colmare le lacune nella risposta e nella preparazione dell'Unione europea alle emergenze sanitarie²⁸⁴. Nella fase di preparazione, l'HERA svolgerebbe un ruolo di prevenzione delle minacce e delle potenziali crisi sanitarie attraverso la raccolta di informazioni e lo sviluppo delle necessarie capacità di risposte. In caso di emergenza, l'HERA dovrà garantire lo sviluppo, la produzione e la distribuzione di medicinali, vaccini e altre contromisure mediche quali guanti e mascherine, spesso assenti durante la prima fase della risposta alla pandemia da Covid-19²⁸⁵. La missione dell'HERA sarà finanziata con un'allocazione di 6 miliardi di euro per i prossimi sei anni (2022-2027), per la maggior parte derivanti dallo strumento Next Generation EU. Per quanto riguarda la governance invece, l'HERA sarà configurata come una struttura interna alla Commissione europea²⁸⁶.

2. La regionalizzazione del SSN

L'eccezionalità della pandemia ha finito per portare alla luce qualche elemento che solitamente in tempo di pace rimane nascosto.

Il primo tra questi è sicuramente il fatto che la pandemia da Covid-19 ha confermato l'assetto altamente regionalizzato del SSN: il Governo nazionale cerca di indirizzare le Regioni ma, gli strumenti a sua disposizione non permettono di garantire l'uniformità dei servizi sul territorio nazionale, conseguentemente le Regioni finiscono per avere ampi margini di azione che consentono loro di adottare strategie differenti, confermando in tale modo che il margine di libertà d'azione dovuto alla regionalizzazione del SSN rimane molto elevato anche in situazioni emergenziali²⁸⁷. Nonostante il Governo avesse deciso di avviare una

²⁸⁴ *Autorità per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie*, https://ec.europa.eu/info/departments/health-emergency-preparedness-and-response-authority_it.

²⁸⁵ *Ibidem*.

²⁸⁶ *Nasce HERA, per prepararsi alle crisi sanitarie del futuro*, <https://apre.it/hera-per-prepararsi-alle-crisi-sanitarie-del-futuro/>.

²⁸⁷ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 82-94.

politica drastica di mitigazione dell'infezione, con un ampio lockdown e misure di distanziamento obbligatorie, alcune Regioni, come si è visto precedentemente, hanno comunque deciso di attuare tale strategia in modo diversificato²⁸⁸.

Di fronte a un evento così eccezionale e di diffusione globale, ci si sarebbe potuti aspettare una risposta omogenea sul piano dell'offerta sanitaria. In realtà, però, più un sistema è complesso, meno è omogeneo e la pandemia da Covid-19 non ha fatto altro che confermare tale complessità derivante appunto dalla significativa regionalizzazione del SSN.

Il regionalismo è infatti di per sé differenziazione, altrimenti non avrebbe motivo di esistere. Le Regioni sono nate per rendere il sistema più democratico ma ciò inevitabilmente sfocia nella differenziazione in quanto significa consegnare alle comunità regionali talune scelte che incidono sulla vita delle comunità stesse²⁸⁹.

Sarebbe quindi utile lasciare alle Regioni, la possibilità di differenziarsi, mentre lo Stato dovrebbe assolvere al compito di unitarietà che lo stesso Titolo V assegna e che non consiste nella continua compressione delle competenze regionali, come dimostra il fatto che praticamente tutte le leggi regionali vengono impugnate dinanzi alla Corte costituzionale, quanto nel programmare lo sviluppo economico e sociale del Paese²⁹⁰.

Sia le risposte alle prime ondate pandemiche sia le campagne vaccinali sono state il frutto di scelte differenti e hanno seguito una logica di path dependent rispetto alle precedenti scelte di politica sanitaria. In generale possiamo dire che le soluzioni organizzative sono risultate tendenzialmente più centrate sull'assistenza ospedaliera nei Servizi sanitari regionali più "ospedalocentrici", mentre sono state più "territoriali" nei rari casi in cui le cure primarie e la prevenzione rappresentano l'asse portante della programmazione sanitaria regionale. A tutto ciò va aggiunto il fatto che le migliori esperienze di gestione della pandemia derivano da innovazioni locali, anche parzialmente in contrasto con quanto stabilito dal Governo nazionale.

²⁸⁸ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, p. 27.

²⁸⁹ Morelli. A, Poggi. A (2020), *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, <<Diritti regionali>>, n. 2/2020, p. 3.

²⁹⁰ *Ibidem*.

Una prima lezione è sicuramente la conferma che gli scambi e le collaborazioni tra Regioni avvengono in maniera informale: fenomeni di policy emulation e iniziative comuni prendono forma su base volontaria, in assenza di un coordinamento nazionale tra le Regioni.

Per quanto riguarda invece i rapporti tra Stato e Regioni, questi si confermano più conflittuali che cooperativi. In particolare, Toth parla del cosiddetto gioco “scarica-barile” che caratterizza le relazioni intergovernative nel settore sanitario: le Regioni non rinunciano alla propria autonomia, scaricando la colpa al Governo nazionale per tutto ciò che non funziona.

La sede ufficiale di coordinamento tra i diversi livelli di governo è la Conferenza Stato-Regioni. In genere, prima della diffusione della pandemia, in sede di Conferenza, le Regioni erano spesso divise tra loro: presidenti di centro-destra contro presidenti di centro-sinistra e, solo su alcuni temi, Regioni di Centro-Nord contro Regioni del Mezzogiorno. La situazione emergenziale sembra abbia contribuito a una maggiore coesione tra i presidenti regionali. Se infatti, nei primi mesi, le Regioni si sono spesso scontrate tendendo a differenziarsi l’una dall’altra, successivamente, si è verificata una maggiore collaborazione.

Il Presidente della Regione Piemonte, Alberto Cirio, sostiene che ciò si è verificato nel momento in cui si sono fissati i contenuti del decreto-legge n. 33/2020, a partire dal quale si è dunque assistito a una maggiore cooperazione tra le Regioni così come tra Regioni e Governo nazionale²⁹¹.

2.1 Il fallimento delle cure primarie

La pandemia da Covid-19 ha mostrato un aspetto positivo del nostro SSN, vale a dire la sua capacità di riorganizzarsi in tempi relativamente brevi sul fronte ospedaliero. La Protezione Civile ha infatti evidenziato come, in poco più di un mese, i posti di terapia intensiva siano stati incrementati del 79% mentre quelli nei reparti di malattie infettive e pneumologia di oltre 4 volte²⁹².

²⁹¹ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 82-94.

²⁹² “Leggere” il Sistema Sanitario Nazionale alla luce del Covid-19: cosa ci ha insegnato l'emergenza Coronavirus?, <https://www.nomisma.it/sanita-emergenza-coronavirus/>.

Se da un lato l'ospedale riveste un ruolo fondamentale per il SSN, dall'altro però, come evidenziato dal Professor Silvio Garattini, fondatore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri in occasione del XX Forum Internazionale di Pneumologia, il nostro SSN non può basarsi esclusivamente sulla cura e quindi sull'ospedale ma necessita di fare prevenzione e dunque di rafforzare la medicina territoriale. Con tale termine ci si riferisce alla prestazione di servizi sanitari garantiti con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale detti anche medici di famiglia (MMG), dei dipartimenti di cure primarie ma anche di tutti quei dipartimenti che si occupano dell'integrazione tra il sociale e il sociosanitario. Costruirla è molto difficile in quanto comporta integrazione e cooperazione quindi si allude ad un concetto di rete²⁹³.

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare²⁹⁴:

- 1)Attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento.
- 2)Attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza.
- 3)Attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali.
- 4)Con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico del paziente.
- 5)Con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e tele-monitoraggio sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.
- 6)Attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti.

²⁹³ Gola. M, Donati. D, Tubertini. C (2021), *Diritto e amministrazione della sanità. Approfondimento a.a. 2019-2020. Il SSN alla prova dell'emergenza Covid-19. Profili problematici e prime riflessioni sull'anno della pandemia*, Bologna: Scuola di Specializzazione in studi sull'amministrazione pubblica - Centro di ricerca e formazione sul settore pubblico, p. 70.

²⁹⁴ Decreto del Ministero della Salute, 23 maggio 2022, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, GU n. 144 del 22 giugno 2022.

7)Attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore).

L'emergenza sanitaria ha messo in rilievo le difficoltà riscontrate dal SSN nell'organizzazione dell'erogazione delle cure primarie e dunque della medicina territoriale. Le difficoltà non hanno riguardato solamente gli aspetti organizzativi ma anche la capacità di intrecciare dimensioni sanitarie e sociali, individuali e comunitarie, istituzionali e interistituzionale in modo efficace, produttivo e protettivo. In particolare, si pone l'attenzione sull'evidente fallimento di interventi incentrati sul paziente e sui ritardi e resistenze a una compiuta integrazione tra medicina ospedaliera e territoriale²⁹⁵.

Tra le ragioni del fallimento delle cure primarie sicuramente vi è la mancata integrazione strutturale dei Medici di Medicina Generale (MMG) nel sistema delle cure. Questa carenza ha determinato costi individuali e sociali importanti: elevata pressione sugli ospedali, scarsa continuità delle cure erogate a domicilio, senso di abbandono nelle persone malate di Covid-19 e di altre patologie, con la conseguente richiesta di ospedalizzazione come unica soluzione possibile²⁹⁶.

Un'altra importante ragione riguarda il mancato riconoscimento da parte dei servizi per la salute della complessità e dell'importanza della medicina territoriale, e in particolare dei MMG nel sistema delle cure. Ciò lo si può osservare dalla carente riorganizzazione della medicina territoriale caratterizzata da una certa resistenza al cambiamento organizzativo da parte delle rappresentanze della Medicina Generale, nonostante i tentativi di riforma (dal d.lgs. n. 229/1999 al dl. n. 158/2012), dagli scarsi investimenti a livello regionale e dalla mancanza di ricambio generazionale²⁹⁷.

Si tratta del fallimento di una sanità strutturata a partire dall'offerta dei servizi di salute e non a partire dai bisogni sanitari e sociali delle persone e delle comunità.

Le cure primarie, dunque, vengono spesso considerate di minore importanza rispetto a quelle ospedaliere e specialistiche; incentrate sul paziente inteso come

²⁹⁵ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, p. 93-96.

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ Ibidem.

corpo malato e non costruite per la persona portatrice di bisogni multipli; cure rappresentate come indipendenti dalla loro dimensione sociale in cui ogni persona vive e costruisce la propria esperienza di salute e malattia.

Vi è una evidente sottovalutazione del distretto quale luogo della conoscenza e della “lettura” dei territori e delle comunità in termini di risorse, rischi e bisogni.

La debolezza della medicina territoriale porta all’esigenza di introdurre un cambio di prospettiva che possa incorporare i principi della Primary Health Care, tra cui: la salute come diritto fondamentale, potenziamento del distretto, territorializzazione delle cure primarie, Case della Salute, partecipazione della comunità, équipe e reti integrate di cure primarie, cure primarie come disciplina accademica ed infine formazione e ricerca in cure primarie.

Per attribuire un maggior ruolo alla medicina territoriale è necessario promuovere, innanzitutto, la conoscenza dei territori attraverso una costante e aggiornata mappatura dei bisogni, delle opportunità e dei rischi relativi a tutta la popolazione. Per fare ciò bisogna sfruttare le conoscenze relative ai bisogni dei cittadini possedute dai MMG ma non solo, anche le conoscenze possedute da quelle strutture spesso marginalizzate e non utilizzate in questo ruolo di interpreti dei bisogni, vale a dire la scuola e le attività educative extrascolastiche, il terzo settore e il volontariato così come i servizi sociali²⁹⁸.

Nel tentativo di rafforzare la medicina territoriale, in Italia, nel corso della crisi sanitaria sono state introdotte alcune soluzioni innovative che, tra i vari obiettivi, puntano anche al rafforzamento delle cure primarie: il “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” e il “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” vanno proprio in questa direzione.

2.2 L’ospedalocentrismo della sanità italiana

La pandemia da Covid-19 ci ha insegnato che il virus si gestisce su due fronti, vale a dire quello ospedaliero per curare chi è in condizioni gravi e quello territoriale per contenere il contagio e limitarne la letalità²⁹⁹.

²⁹⁸ Ibidem.

²⁹⁹ Giambelluca. A (2020), *Sanità territoriale: da anello debole del SSN a punto di partenza per migliorare l’assistenza sanitaria italiana*, <https://www.pphc.it/sanita-territoriale-da-anello-debole-del-ssn-a-punto-di-partenza-per-migliorare-l-assistenza-sanitaria-italiana/>.

Negli ultimi anni, alcuni Sistemi Sanitari Regionali, tra cui Lombardia e Piemonte, hanno deciso di investire maggiormente sulle cure ospedaliere, trascurando la sanità territoriale che invece è stata al centro dell'attenzione di Regioni quali il Veneto e l'Emilia-Romagna. Questa differenza tra ospedale e territorio ha fatto sì che le Regioni rispondessero in maniera diversa alla crisi pandemica, infatti, le Regioni con un network di servizi territoriali più strutturato sono state più avvantaggiate nella gestione della pandemia rispetto alle Regioni dotate di una rete territoriale meno solida³⁰⁰. Questo porta ad un secondo insegnamento: il modello di assistenza sanitaria ha avuto un ruolo determinante nella gestione dei pazienti Covid-19, dimostrando così come la governance sanitaria possa in concreto fare la differenza soprattutto nel controllo e gestione dei contagi. Le risposte regionali alla pandemia sono risultate predeterminate dall'assetto organizzativo preesistente. Le amministrazioni regionali, di fronte all'emergenza, fanno affidamento sulle risposte che hanno predisposto in precedenza e dunque sulle componenti del proprio SSR che ritengono più affidabili: chi era più forte sul fronte ospedaliero ha risposto utilizzando prevalentemente gli ospedali mentre chi era più forte sull'assistenza territoriale ha valorizzato l'attività extra-ospedaliera³⁰¹.

La scelta di ricorrere agli strumenti su cui si è maggiormente investito in passato è il frutto anche di un diverso framing del problema. Alcune Regioni hanno inquadrato il problema privilegiando la cura dei malati gravi, altre hanno inquadrato il problema in termini di early catching e di prevenzione del contagio.

I vari modelli introdotti dalle Regioni (ospedaliero, territoriale o un mix dei due) hanno fatto emergere rischi e potenzialità che non potranno essere ignorati dai manager regionali anche per la gestione post-Covid. In generale possiamo dire che la qualità delle cure ospedaliere è passata da una gestione territoriale efficiente³⁰².

Prendendo in considerazione le Regioni maggiormente colpite dalla diffusione dell'epidemia (Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte), sia in termini di decessi che di contagi, è possibile fare alcune considerazioni.

³⁰⁰ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 82-94.

³⁰¹ Giambelluca. A (2020), *cit.* alla nota 299.

³⁰² *Ibidem*.

Per quanto riguarda la Lombardia, questa Regione ha gestito la pandemia con un approccio ospedale-centrico. La decisione di ospedalizzare i pazienti, anche quelli meno gravi, e l'incapacità nelle prime settimane di tenere separati i flussi Covid da quelli non Covid ha avuto come conseguenza la trasformazione degli ospedali in luoghi di ulteriore diffusione del contagio, quando sarebbe stato importante, in parallelo all'assistenza ospedaliera che permette di intervenire sul fronte della cura, attivare i servizi sul territorio in grado di intervenire sul fronte della prevenzione. Avendo investito meno, negli anni precedenti, alla diffusione del virus, sulla medicina del territorio e sull'integrazione dei servizi, la Lombardia ha mostrato una rete territoriale meno pronta e strutturata³⁰³.

Per quanto riguarda il Veneto, possiamo dire che fin da subito esso ha adottato un approccio differente. Chiudendo in maniera tempestiva gli ospedali a rischio e predisponendo strutture sanitarie ad hoc, il Veneto ha cercato di tenere separati i percorsi dei contagiati da Covid da quelli degli altri pazienti. Imparando dall'esperienza altrui, e in questo caso dal modello coreano, si è deciso di procedere con il contact tracing, passando così da una strategia di attesa (si aspetta che i casi più gravi arrivino in ospedale) ad una ricerca proattiva dei contagiati. Questa strategia è stata possibile grazie alla presenza di una rete di cure territoriali abituata a lavorare in modo integrato, che il Veneto ha consolidato negli ultimi anni. Non rispettando in parte le indicazioni provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Consiglio Superiore di Sanità, il Veneto si è saputo distinguere, sia per l'alto numero di tamponi effettuati sia per la scelta di sottoporre ai test non solo i casi più gravi ma anche gli asintomatici³⁰⁴. Il ricorso a un modello di gestione dell'emergenza di tipo territoriale si è tradotto in un minor ricorso all'ospedalizzazione, che nel caso del Veneto ha riguardato soltanto poco più del 20% dei positivi. Il Veneto aveva messo a disposizione dei medici di famiglia uno specifico indirizzo mail a cui avrebbero potuto scrivere per richiedere il test del tampone evitando così di seguire le vie burocratiche. Questo ha permesso di tenere a casa le persone senza mandarle in ospedale. Inoltre, a

³⁰³ Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, <<*Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*>>, Fascicolo 3, dicembre 2020, pp. 330-333.

³⁰⁴ Ibidem.

partire dalla metà di marzo 2020 sono stati attivati specifici centri Covid-19 in ogni provincia veneta (azione intrapresa anche dall'Emilia-Romagna)³⁰⁵.

Passando ora ad esaminare l'Emilia-Romagna, questa Regione sembra aver seguito nelle prime settimane un approccio più attendista e ospedaliero, simile a quello adottato in Lombardia. Dopo qualche settimana, la strategia è stata modificata: si è deciso di passare a una strategia di trattamento precoce di early catching consistente nell'andare a "scovare" i malati a casa quando i pazienti sono ancora ai primi stadi della malattia, senza aspettare il peggioramento delle loro condizioni di salute. Si è inoltre deciso di tenere separati i percorsi Covid da quelli non Covid. Per l'Emilia-Romagna è stato semplice gestire gli interventi extra-ospedalieri grazie alla solida rete di assistenza primaria e domiciliare, consolidata nel corso degli anni, e organizzata intorno alle Case della Salute e ai dipartimenti di prevenzione delle Asl³⁰⁶.

Infine, per quanto riguarda il Piemonte, esso ha inizialmente adottato un approccio di attesa incentrato sull'ospedalizzazione. Nelle settimane successive ha però compreso l'importanza di "scendere sul territorio" e conseguentemente ha adottato un approccio più proattivo. Sebbene questo cambio di strategia, il Piemonte ha avuto delle difficoltà nell'integrare le diverse strutture e i diversi professionisti operanti sul territorio³⁰⁷.

Questi esempi mostrano come l'assetto altamente regionalizzato del SSN abbia fatto sì che ogni Regione affrontasse l'epidemia a modo proprio: le Regioni che negli ultimi anni hanno investito maggiormente nella medicina territoriale, si sono trovate avvantaggiate nell'affrontare l'emergenza pandemica in termini di filtro operato dal territorio.

Inoltre, le Regioni hanno compreso, chi prima e chi dopo, l'importanza di affiancare l'assistenza ospedaliera ad un'azione più capillare e proattiva sul territorio³⁰⁸.

Da un punto di vista teorico la medicina territoriale dovrebbe essere ben strutturata nella maggior parte del Paese. Pensiamo ,ad esempio, agli Ospedali di

³⁰⁵ Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *cit.* alla nota 303, p. 323.

³⁰⁶ Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *cit.* alla nota 303.

³⁰⁷ Ibidem.

³⁰⁸ Ibidem.

Comunità e alle Case della Salute, queste ultime indicate nel PNRR come “Case della Comunità”. Si tratta però di soluzioni organizzative già presenti da tempo nell’ordinamento, infatti, il modello delle Case della Salute fu introdotto nel 2006 nell’ambito del progetto di potenziamento delle cure primarie. Nonostante ciò, molte delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità dichiarati attivi dalle Regioni nel 2020, non sono operativi, lasciando così qualche dubbio sulla loro reale efficacia nella risposta di medicina territoriale³⁰⁹.

Questo può essere spiegato da un fattore di tipo politico-culturale che caratterizza la sanità italiana: essa si basa principalmente sulla medicina di attesa e poco sulla medicina di iniziativa.

Nonostante alcune Regioni abbiano investito maggiormente sulla medicina territoriale, il Covid-19 ha comunque contribuito a rimarcare la debolezza della medicina territoriale che, nella maggior parte dei casi, non è riuscita ad evitare l’ospedalizzazione degli individui colpiti dal virus.

Il SSN rimane quindi fortemente “ospedalocentrico” ovvero incentrato sull’ospedale, infatti la spesa ospedaliera italiana è ancora oggi superiore rispetto alla media europea. Questo ha delle conseguenze anche sul framing, vale a dire sulla modalità con cui si analizzano i problemi e si trovano soluzioni: si tende infatti a dare una lettura ospedaliera anche di problematiche che probabilmente sarebbe meglio affrontare in altri setting assistenziali e da altri professionisti.

Quanto appena analizzato evidenzia una scarsa integrazione tra ospedale e territorio. Sembra dunque esserci una separazione tra cure ospedaliere e cure primarie, quando invece le seconde dovrebbero rappresentare un filtro alle prime e agire dunque in maniera integrata.

In termini organizzativi gli obiettivi delle politiche ospedaliere dovrebbero essere quelli di ridefinire il ruolo dell’ospedale nel sistema dei servizi sanitari e realizzare l’integrazione con il territorio, privilegiando gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura differenti dal ricovero in una struttura ospedaliera destinata alle patologie per acuti. L’ospedale deve infatti, essere considerato un’opzione di ultima istanza, da attivare in stretto coordinamento con gli altri livelli di assistenza considerati come risposta prioritaria. Questo non significa che

³⁰⁹ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, pp. 82-94.

l'ospedale verrebbe penalizzato, anzi, così facendo potrebbe dedicarsi maggiormente alle attività di elevata specializzazione e complessità³¹⁰.

Con riferimento alle quattro Regioni analizzate precedentemente possiamo riportare alcuni indicatori che ci aiutano a dimostrare la scarsa integrazione tra ospedale e territorio, come confermata dalla pandemia da Covid-19.

La Lombardia ha tradizionalmente puntato più sull'assistenza ospedaliera che su quella territoriale. Questo lo si può notare dalla ripartizione della spesa sanitaria regionale. La Lombardia, infatti, riserva all'assistenza ospedaliera il 46,8% del proprio budget sanitario. L'Emilia-Romagna destina alle cure ospedaliere il 44,6% della spesa sanitaria regionale, il Veneto il 43,6% mentre il Piemonte il 43,4%. Dal momento che il budget non utilizzato per la rete ospedaliera viene impiegato per finanziare l'assistenza territoriale e collettiva, questo significa che la Lombardia ha preferito destinare all'assistenza extra-ospedaliera una quota inferiore di risorse rispetto a quanto abbiano fatto le altre Regioni³¹¹.

Prendendo in considerazione l'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale è possibile confermare la tesi secondo cui la rete delle cure territoriali sia meno sviluppata in Lombardia di quanto sia nelle altre Regioni. I dati riportati nell'Annuario Statistico del Ministero della Salute fanno riferimento all'anno 2017.

Si evince così che in Lombardia c'è una minore disponibilità di medici di famiglia: a fronte di una media nazionale di un Medico di Medicina Generale ogni 1.211 abitanti, in Lombardia il rapporto è di uno ogni 1.400, in Veneto di uno ogni 1.342, in Emilia-Romagna di uno ogni 1.303 mentre in Piemonte di uno ogni 1.272.

Uno sviluppo simile si verifica anche in relazione al servizio di guardia medica: in Lombardia si registrano 9 medici titolari di guardia medica ogni 100.000 abitanti contro una media nazionale di 19 (in Veneto sono 14 mentre in Emilia-Romagna e in Piemonte 10)³¹².

Un dato rilevante è quello relativo al numero di casi trattati in "assistenza domiciliare integrata". Rispetto alla popolazione residenziale (quindi ogni

³¹⁰ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, pp. 99-100.

³¹¹ Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *cit.* alla nota 303, pp. 316-318.

³¹² *Ibidem*.

100.000 abitanti), i casi trattati in Piemonte (1.295) e in Lombardia (1.397) sono meno della metà di quelli in Emilia-Romagna (3.052) e in Veneto (3.597)³¹³.

Un altro dato molto importante è il rapporto tra contagiati e ospedalizzati: in Veneto esso non ha mai superato il 30% a differenza della Lombardia che ha registrato addirittura l'80% a causa appunto di una scarsa attenzione alle cure territoriali.

Gli indicatori appena menzionati permettono di sostenere che le cure territoriali in Lombardia, ma in parte anche in Piemonte, sono meno sviluppate che in Veneto e in Emilia-Romagna.

Da qui la necessità di agire nella direzione di garantire un'efficace integrazione tra ospedale e territorio.

L'ospedale è un elemento fondamentale del percorso assistenziale con una concentrazione crescente di tecnologie, di complessità e intensità di cure e, conseguentemente, di costi. Da ciò emerge l'esigenza di avere un ospedale che abbia forti relazioni con il territorio.

È necessaria una presa in carico globale del paziente (disease management) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche e terapeutiche e alle instabilizzazioni gravi, sviluppo di strutture low care, ambulatori dedicati per il follow-up, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale³¹⁴.

Secondo la concezione di rete dei servizi sanitari, il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul territorio, sfruttando, in un processo di integrazione, le insostituibili professionalità espresse dal mondo ospedaliero³¹⁵. Inoltre, la dimissione dai reparti ospedalieri non comporta quasi mai la guarigione ma il passaggio a un altro tipo di cura, e quindi l'interconnessione tra ospedale e territorio deve essere semplice e pratica, e uno dei modi per garantire ciò è

³¹³ Ibidem.

³¹⁴ Palermo. C, Brescia. A, Rivetti. C (2014), *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio*, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf>.

³¹⁵ Ibidem.

disporre di adeguati strumenti digitali.

La presa in carico del paziente, all'interno di un percorso diagnostico-terapeutico deve quindi iniziare sul territorio, lasciando solo le acuzie all'ospedale³¹⁶.

2.3 Un sistema a legame debole e il tightening up

La pandemia da Covid-19 ha confermato un ulteriore aspetto del SSN, vale a dire il fatto che esso si caratterizza per essere un sistema a legame debole.

Secondo Karl Weick con il termine loose coupling (legame debole) si intende una situazione in cui gli elementi rispondono e interagiscono vicendevolmente, conservando al tempo stesso un elevato grado di separatezza, identità e autodeterminazione³¹⁷.

In generale possiamo dire che i sistemi sanitari tendono ad avere tutti questa caratteristica ma, nel SSN, essendo altamente regionalizzato, dove le singole aziende sanitarie sono dotate di autonomia, emerge maggiormente.

Mentre i sistemi a legame rigido sono caratterizzati da un'elevata interdipendenza gerarchica e da relazioni stabili, i sistemi loosely coupled si contraddistinguono per la presenza di legami sporadici, imprevedibili e indiretti. I sistemi a legame rigido, pensiamo alle gerarchie militari, sono più prevedibili e più facili da coordinare. Al contrario, i sistemi a legame debole sono più difficili da coordinare e si rivelano resistenti al mutamento pianificato. Alcune componenti del sistema, infatti, tendono ad opporsi al cambiamento imposto dall'alto e rimangono ancorate agli assetti precedenti. Vi sono, inoltre, molte innovazioni a livello locale che però raramente si diffondono nell'intero sistema.

Il modo in cui le Regioni hanno gestito la pandemia da Covid-19 ha confermato che il SSN è un sistema a legame debole. Molte delle caratteristiche che Weick descrive come elementi distintivi delle organizzazioni a legame debole sono emerse durante la pandemia.

³¹⁶ Albanese. G (2021), *Sanità Giacomo Crinò: <<Sì a una maggiore integrazione tra ospedale e territorio>>*, <https://www.lentelocale.it/home/sanita-giacomo-crino-si-a-una-maggiore-integrazione-tra-ospedale-e-territorio/>.

³¹⁷ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 82-94.

Un primo elemento è la presenza di una pluralità di sensori e di elementi di percezioni indipendenti che, soprattutto nella prima fase della crisi, si è dimostrato fondamentale al fine di poter cogliere i primi segnali della diffusione del virus.

Una seconda caratteristica riguarda l'adattamento localistico e la capacità di risposta differenziata. Le Regioni, infatti, hanno adottato risposte organizzative differenziate. In particolare, ogni Regione ha introdotto un modello di intervento costruito sulla base dell'organizzazione già in essere prima della pandemia. Inoltre, la maggior parte delle innovazioni organizzative a livello locale sono rimaste circoscritte a livello regionale.

Una terza caratteristica è rappresentata dal fatto che il cattivo funzionamento di una parte organizzativa non va ad incidere sulle altre componenti del sistema. A tal proposito, alcune Regioni hanno manifestato una evidente difficoltà nel gestire il numero così elevato di contagi, tuttavia le altre Regioni non sono state per questo danneggiate e hanno continuato ad operare in condizioni di minore stress. La Lombardia, per esempio, durante le prime settimane, ha commesso l'errore di non dichiarare tempestivamente alcune zone rosse e di trasferire i pazienti contagiati all'interno delle Rsa. Questi errori, tuttavia, non hanno avuto ripercussioni sulle altre Regioni che hanno potuto apprendere dagli errori altrui e adottare strategie differenti.

Un ulteriore elemento dei sistemi a legame debole è l'elevato grado di autonomia e di autodeterminazione di cui godono le singole componenti del sistema, nel caso specifico, le amministrazioni regionali. Queste, infatti, oltre ad aver adottato strategie differenti le une dalle altre, hanno voluto sottolineare la propria autonomia rispetto alle direttive del Governo nazionale che ha comunque cercato di coordinare in modo più rigido l'intero sistema, ma, tali tentativi si sono rivelati spesso poco efficaci.

L'eccezionalità della crisi pandemica ha avuto come conseguenza, anche solo temporanea, di irrigidire alcuni legami deboli del SSN. Le Regioni e le singole aziende sanitarie hanno rinunciato a parte della propria autonomia, hanno accettato alcune restrizioni dall'alto e hanno finito per collaborare in modo più stretto del solito. Pensiamo alle misure comuni di lockdown che sono state adottate in tutte le Regioni, anche in quelle meno colpite, oppure, all'introduzione

delle Unità Speciali di Continuità assistenziale (USCA) previste dal decreto-legge n. 14 del 9 marzo 2020³¹⁸. Si tratta di una struttura organizzativa ad hoc per fronteggiare le straordinarie esigenze di gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, consentendo così ai MMG di garantire l'attività assistenziale ordinaria. Esse sono istituite presso una sede di continuità assistenziale già esistente ogni 50.000 abitanti e sono composte da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta³¹⁹.

Tuttavia, questo irrigidimento (tightening up) dei legami non è permanente: essendo legato alle condizioni di emergenza è transitorio e dunque destinato ad affievolirsi.

Quanto analizzato fino ad ora conferma ciò che già si sapeva: il SSN è un sistema fortemente regionalizzato, in cui le singole componenti godono di grande autonomia e si coordinano in maniera debole. Il Governo nazionale cerca di indirizzare il sistema e di garantire l'uniformità dei servizi in tutto il Paese con scarsi risultati. Il rapporto tra Stato e Regioni è caratterizzato da elevati contrasti e scarsa è la collaborazione tra le Regioni³²⁰.

3. La carenza di personale sanitario: il decreto-legge Cura Italia e le soluzioni di lungo periodo

Il rilancio del SSN deve partire dalla valorizzazione degli operatori sanitari. Il sistema sanitario è infatti riuscito a resistere alle politiche neoliberiste di defianziamento progressivo degli ultimi 30 anni grazie, soprattutto, alla professionalità degli operatori e alla loro capacità di adattamento ai mutamenti dei bisogni di salute³²¹.

Per dare concretezza a qualsiasi proposta è fondamentale partire da un piano assunzionale straordinario che, insieme alla stabilizzazione dei precari, dopo anni di tagli alla spesa per il personale e di blocco del turnover, sia volto a bilanciare

³¹⁸ Decreto-legge, 9 marzo 2020, n. 14, *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*, GU n. 62 del 9 marzo 2020.

³¹⁹ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, p. 64.

³²⁰ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 82-94.

³²¹ CGIL, *Per un New Deal della Salute*,

https://www.fpccgil.it/wp-content/uploads/2020/10/Position-Paper_Per-un-New-Deal-della-Salute.pdf.

sul territorio nazionale i reali fabbisogni sulla base di standard collegati ai bisogni di salute³²².

Al personale sanitario è stato attribuito il merito di aver gestito la pandemia con grande generosità e dedizione. Gli operatori sanitari hanno infatti dimostrato capacità di adattamento e di improvvisazione, al fine di colmare le lacune strutturali del sistema quali, la presenza di strutture obsolete e reparti sottorganico. La crisi sanitaria ha confermato che il personale sanitario è in grado di trovare soluzioni tempestive, di sopperire alle carenze, dando il meglio di sé sotto pressione e nell'emergenza. La flessibilità della risposta pandemica è dunque da attribuire non tanto all'organizzazione ospedaliera, che anzi appare ingessata, bensì alla flessibilità del personale sanitario³²³.

Di fronte alla carenza di personale sanitario una delle soluzioni introdotte per gestire l'emergenza sanitaria è stato il decreto-legge n. 18 del 17 marzo 2020³²⁴, detto anche "decreto Cura Italia", che oltre a contenere misure di carattere economico, prevedeva anche un piano di rafforzamento del SSN³²⁵. In particolare, esso prevedeva un finanziamento aggiuntivo per gli incentivi del personale dipendente³²⁶; la 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 oltre 5 milioni di euro per il 2020, quasi 7 milioni di euro per il 2021 e quasi 1.700.000 di euro per il 2023³²⁷; la possibilità per le Regioni di acquisire apparecchiature mediche, locali e personale sanitario dalle strutture private³²⁸ ed infine; l'esercizio temporaneo di qualifiche professionali e sanitarie ai professionisti che intendessero esercitare sul territorio nazionale una professione sanitaria conseguita all'estero senza la necessità di sostenere l'esame di abilitazione.³²⁹

³²² Ibidem.

³²³ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 90.

³²⁴ Decreto-legge, 17 marzo 2020, n. 18, *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, GU n. 70 del 17 marzo 2020.

³²⁵ Ciardo. C (2020), *Il servizio sanitario nazionale alla prova dell'emergenza Covid-19: il rischio di una sanità disuguale*, <<Rivista di BioDiritto>>, n. 2/2020, pp. 235.

³²⁶ *Ivi*, Articolo 1.

³²⁷ *Ivi*, Articolo 2.

³²⁸ *Ivi*, Articolo 3.

³²⁹ *Ivi*, Articolo 13.

Il Governo nazionale ha perciò consentito, per il solo periodo connesso all'emergenza sanitaria, di derogare alla legislazione vigente al fine di garantire un reclutamento tempestivo di ulteriore personale sanitario. Alle aziende sanitarie è stata data la possibilità di reclutare medici non ancora in possesso del titolo di specializzazione a condizione che fossero iscritti all'ultimo o penultimo anno della scuola di specialità. È stato inoltre abolito l'esame di Stato per l'abilitazione alla professione medica in modo tale da facilitare l'arruolamento di giovani medici. Alle Regioni è stata data la possibilità di richiamare in servizio il personale medico e infermieristico, anche in deroga ai limiti d'età previsti per il trattamento in quiescenza³³⁰.

Si tratta di disposizioni straordinarie e dunque temporanee legate all'eccezionalità della situazione emergenziale.

Oggi abbiamo una grave carenza di medici perché all'aumento esponenziale del numero dei medici che stanno andando in pensione non è seguito nel tempo un aumento del numero dei posti che avrebbe compensato oggi l'uscita³³¹. La carenza di personale sanitario tra medici e infermieri, un aspetto già presente prima della pandemia e che essa ha semplicemente contribuito ad evidenziare, porta alla necessità di pensare a delle traiettorie di cambiamento e dunque alla necessità di introdurre strategie innovative a lungo termine.

In particolare:

1) Possibilità di disporre di strumenti flessibili per il reclutamento del personale (incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario e OSS, incarichi specializzandi, incarichi a personale in quiescenza, incarichi a tempo determinato con procedure semplificate)³³².

2) Possibilità per gli infermieri dipendenti del SSN di effettuare, al di fuori dell'orario di lavoro e in deroga a quanto previsto in tema di esclusività del rapporto di impiego, attività professionale presso le strutture sociosanitarie per

³³⁰ Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *cit.* alla nota 303, pp. 311-312.

³³¹ *Quanti medici avremo nel 2030?*,

<https://forward.recentiproggressi.it/it/rivista/numero-20-avviene/interviste/quant-medici-avremo-nel-2030/>.

³³² Commissione Salute della conferenza delle regioni e delle province autonome (2022),

Documento programmatico Fabbisogni di personale sanitario,

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2824009.pdf>.

anziani, previa stipula di una convenzione tra la struttura e l'Azienda Sanitaria di riferimento.

3) Aumento della capacità formativa degli atenei e valutazione di strumenti per trattenere in Italia i professionisti formati attraverso, ad esempio, borse di studio vincolate alla permanenza in servizio³³³.

4) Una diversa programmazione dei fabbisogni formativi attraverso, anche, l'abolizione dell'accesso a numero chiuso e una successiva selezione che avvenga per reali capacità sul campo, e, dunque, dopo aver avuto accesso alla facoltà³³⁴.

5) La definizione di standard assistenziali, sia per la rete ospedaliera che per i servizi e le strutture territoriali, omogenei e vincolanti su tutto il territorio nazionale.

6) Il superamento dei tetti di spesa sulle assunzioni del SSN e l'adozione di un piano straordinario di assunzioni.

7) Contratti che diano valore, riconoscano le professionalità e aumentino l'attrattività della professione.

8) Previsione di turni di lavoro più flessibili in modo tale da ridurre le richieste di part-time o di abbandono precoce della professione e garantire un equilibrio tra vita e lavoro.

9) Revisione dei modelli organizzativi delle strutture attraverso l'inclusione dei vari operatori sanitari³³⁵.

4. Rafforzare la prevenzione: il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP)

Come già evidenziato, la crisi sanitaria ha mostrato, oltre alla carenza di organici, anche una carenza dei servizi di cure primarie e di prevenzione, vale a dire quelle componenti del sistema che avrebbero dovuto svolgere il ruolo di contenimento nei confronti della pandemia. La mancanza di un filtro territoriale (cure primarie, medici di famiglia, servizi di igiene pubblica) che individuasse i

³³³ Ibidem.

³³⁴ *Carenza di infermiere e infermieri e le strategie per affrontarle*, <https://www.fpccgil.it/2022/02/02/servono-infermieri/>.

³³⁵ Ibidem.

casi e i contatti, intervenendo a domicilio o inviando quando necessario in ospedale, ha portato al collasso degli ospedali stessi.

La prevenzione è uno degli elementi strategici di intervento del SSN in quanto consente da un lato, di prevenire lo sviluppo di malattie e disagi dei cittadini e, dall'altro, di abbattere i costi legati al ricorso a cure e terapie³³⁶.

Alla luce della crisi sanitaria, appare necessario rafforzare i Dipartimenti di prevenzione attraverso investimenti tecnologici e di personale, fondamentali per garantire la massima accessibilità ai cittadini. Il dimensionamento dei servizi dovrebbe tenere conto della composizione della popolazione in termini di età, vocazione produttiva (pensiamo ad un territorio ad alta densità di fabbriche piuttosto che a un territorio a vocazione agricola), impatto antropico in termini di inquinanti e per tale motivo, dunque, andrebbe calibrato su uno studio epidemiologico e non soltanto dimensionale. Questo è dovuto al fatto che i servizi di igiene pubblica non possono prescindere dalla conoscenza epidemiologica del tessuto in cui operano.

È importante realizzare un'integrazione dei servizi di vigilanza e controllo in tutti gli ambiti che riguardino la salute, partendo ,per esempio, dalla tutela della salute ambientale fino alla tutela della salute sui luoghi di lavoro.

Deve essere rafforzata la funzione dei Distretti Socio Sanitari previsti dal Dlgs n. 229/1999³³⁷, quali luoghi di direzione, programmazione e coordinamento della prevenzione, della cura, della medicina d'iniziativa e del sistema dei servizi. I Distretti Socio Sanitari quali strutture di direzione, coordinamento, coinvolgimento e partecipazione degli operatori e degli utenti, garanti dell'erogazione dei LEA ad essi assegnati, sono stati infatti svuotati nel corso degli anni, sia per effetto di una visione ospedalocentrica sia per gli effetti della riforma del Titolo V della Costituzione. Tali Distretti, se potenziati, possono svolgere un ruolo essenziale sui determinanti di salute della popolazione e per la riduzione della componente privata della spesa sanitaria che, negli ultimi anni, è aumentata in maniera significativa³³⁸.

³³⁶ CGIL, *Per un New Deal della Salute*, cit. alla nota 321.

³³⁷ Decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229, cit. alla nota 65.

³³⁸ CGIL, *Per un New Deal della Salute*, cit. alla nota 321.

Parlando di prevenzione un ruolo fondamentale è svolto dalle Case della Salute, vale a dire quelle strutture che erogano servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali a tutti i cittadini, garantendo la continuità assistenziale ospedale-territorio e riducendo così gli accessi in pronto soccorso. Secondo il Ministero della Salute <<La Casa della salute è da intendersi come 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 ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza la prevenzione per tutto l'arco della vita e la comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale>>³³⁹.

Come è stato evidenziato nei paragrafi precedenti, molte delle Case della Salute, istituite nelle varie Regioni, non sono al giorno d'oggi attive. Appare dunque urgente intervenire anche sul fronte ospedaliero attraverso un aggiornamento complessivo del decreto ministeriale n. 70/2015³⁴⁰ che, stabilendo vincoli rigidi sul numero di posti letto per abitanti, contribuisce a far sì che l'Italia si collochi al di sotto della media europea che va dai 5 ai 5,7 posti letto per abitanti.

Il 6 agosto 2020, con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, è stato adottato il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (PNP)³⁴¹ che rappresenta lo strumento di pianificazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute da realizzare sul territorio.

Alla luce delle esperienze legate alla pandemia da Covid-19, il Piano prevede l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture presenti nel territorio, al fine di disporre di sistemi flessibili volti a rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva (individuazione dei casi sospetti o positivi, gestione isolamento domiciliare, ricovero ospedaliero) sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a

³³⁹ Tobruk. D (2020), *Casa della Salute: cos'è, come funziona e ruolo dell'infermiere*, <https://www.dimensioneinfermiere.it/casa-della-salute-cosa-sono-ruolo-infermiere/>.

³⁴⁰ Decreto ministeriale, 2 aprile 2015, n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, GU n. 127 del 4 giugno 2015.

³⁴¹ Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf.

rischio) garantendo così una diagnosi precoce. Per agire in maniera efficace su tutti i determinanti di salute, il Piano fa leva sulle alleanze e sinergie intersettoriali secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” (Health in all Policies) e mira a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (empowerment), al fine di migliorare il capitale di salute e la qualità della vita³⁴².

Il PNP 2020-2025 rafforza l’approccio life course in quanto gli interventi preventivi e protettivi realizzati con tempestività nella primissima fase della vita permettono di ottenere risultati di salute positivi che dureranno tutta la vita e che si rifletteranno sull’intera comunità. Rafforza inoltre, l’approccio per setting, favorendo una maggiore interazione tra tutti i setting (scuola, ambiente di lavoro, comunità e servizi sanitari). Il setting è il luogo nel quale è più semplice raggiungere gli individui al fine di promuovere la salute e realizzare gli interventi di prevenzione.

Il Sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP 2020-2025 costituisce uno degli strumenti per dare attuazione al LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”.

L’elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 consiste nel riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di Promozione della Salute.

Ogni Regione ha il compito di adottare il PNP predisponendo un proprio piano locale (Piano Regionale della Prevenzione - PRP) entro i termini previsti dall’Intesa, declinando contenuti, obiettivi e linee di azione del Piano nazionale all’interno dei contesti regionali e locali. Infine, il Piano prevede un sistema di valutazione incentrato su indicatori e relativi standard che consentono di misurare nel tempo lo stato di attuazione dei programmi locali.

Per poter garantire pienamente la prevenzione, oltre alla formazione degli operatori sanitari, fondamentale è il ruolo della comunicazione quale strumento per aumentare la conoscenza, l’empowerment, promuovere atteggiamenti

³⁴² *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*,
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5029&menu=notizie.

favorevoli alla salute, favorire l'adesione ai programmi di prevenzione, garantendo così il coinvolgimento attivo del cittadino (engagement)³⁴³.

L'esperienza pandemica insegna l'importanza degli studi sui fattori di rischio, sull'incidenza, sulle cause e sulla diffusione delle patologie al fine di garantire la prevenzione e la promozione della salute. Negli ultimi anni, questa indispensabile impostazione igienico sanitaria preventiva è venuta meno, contribuendo in tal modo ad indebolire il SSN. Oggi conosciamo bene l'importanza delle campagne informative della prevenzione primaria, tra cui il distanziamento sociale, l'utilizzo delle mascherine o dell'igiene delle mani così come sono noti i risultati ottenuti in termini di contenimento del contagio grazie all'individuazione precoce dei casi³⁴⁴. La prevenzione deve necessariamente rientrare tra gli strumenti su cui investire per l'individuazione di un modello che sia modulabile e finalizzato alla tutela della salute, anche in una prospettiva di contenimento della spesa. Secondo l'OMS, infatti, 1 euro investito in prevenzione permette di ottenere un risparmio di 7 euro sulla spesa sanitaria complessiva³⁴⁵.

Un sistema sanitario con una robusta rete territoriale può contribuire a modulare l'offerta assistenziale a partire dai reali bisogni delle persone più vulnerabili e non dalle prestazioni che i produttori, pubblici e privati, sono disposti a offrire³⁴⁶.

L'assistenza territoriale è una scelta fortemente voluta dall'ex ministro Speranza e confermata dall'ex Presidente del Consiglio dei ministri Mario Draghi che nel suo primo discorso in Senato aveva affermato quanto segue: <<*Il punto centrale è rafforzare e ridisegnare la sanità territoriale, realizzando una forte rete di servizi di base (case della comunità, ospedali di comunità, consultori, centri di salute mentale, centri di prossimità contro la povertà sanitaria). La casa come principale luogo di cura è oggi possibile*>>³⁴⁷.

La pandemia, dunque, insegna l'importanza di un cambio di paradigma che consenta il passaggio da un'idea di SSN costituito da luoghi di attesa ad una visione di servizi proattivi rivolti ai cittadini per la promozione della salute e la prevenzione. Questa idea vale sia per gli ospedali che per il sistema della

³⁴³ Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, cit. alla nota 341.

³⁴⁴ CGIL, *Per un New Deal della Salute*, cit. alla nota 321.

³⁴⁵ Ibidem.

³⁴⁶ Dirindin, N (2020), cit. alla nota 231, p. 58-59.

³⁴⁷ Ibidem.

residenzialità sanitaria e sociosanitaria ma vale ancora di più per i Distretti sociosanitari. Per garantire il passaggio da un modello basato sull'attesa a uno basato sull'integrazione e la presa in carico è fondamentale garantire una governance che sia il più unitaria possibile, sia nella gestione dei servizi che nel coordinamento dei casi clinici e delle équipes multiprofessionali³⁴⁸.

La pandemia ci ha ricordato che dobbiamo ridare valore alla prevenzione, per tale motivo, è necessario organizzare sistemi di risposta capaci di far fronte a eventi che oramai non sono più imprevedibili: le epidemie globali fanno parte della nostra vita.

Russel Mead, un importante politologo statunitense, sostiene che dopo l'era dell'industria e della finanza, adesso inizia l'era della biologia. Saper controllare le malattie infettive darà a un Paese un importantissimo vantaggio strategico, non solo per la salute della popolazione³⁴⁹.

5. Rafforzare la prevenzione: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

La pandemia e la conseguente crisi economica hanno indotto l'Unione europea a progettare una risposta coordinata a livello sia congiunturale, con la sospensione del Patto di Stabilità e ingenti pacchetti di sostegno all'economia adottati dai singoli Stati membri, sia strutturale, in particolare, con l'istituzione da parte del Consiglio europeo in data 21 luglio 2020 del Next Generation EU ovvero uno strumento temporaneo da 750 miliardi di euro, inseriti all'interno del bilancio europeo 2021-2027, e destinato a tutti gli Stati membri³⁵⁰.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)³⁵¹ è il documento che il Governo italiano ha approvato in data 13 luglio 2021 per illustrare alla Commissione europea come il nostro Paese intende investire i fondi che arriveranno nell'ambito del programma Next Generation EU³⁵², al fine di

³⁴⁸ CGIL, *Per un New Deal della Salute*, cit. alla nota 321.

³⁴⁹ Dirindin, N (2020), cit. alla nota 231, p. 57.

³⁵⁰ *Che cos'è il Next Generation Eu (2021)*,
<https://www.openpolis.it/parole/che-cose-il-next-generation-eu/>.

³⁵¹ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*,
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

³⁵² *Cos'è il Pnrr, piano nazionale ripresa e resilienza*,
<https://www.openpolis.it/parole/cose-il-pnrr-piano-nazionale-ripresa-e-resilienza/>.

attenuare l'impatto economico e sociale della pandemia e rendere l'Italia un Paese più equo, verde e inclusivo, con un'economia più competitiva, dinamica e innovativa³⁵³.

L'Italia è la principale beneficiaria di questo programma di finanziamento comunitario con 191,5 miliardi di euro. A tali risorse si aggiungono poi circa 13 miliardi di euro provenienti dal programma "Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa" (React.Eu). Inoltre, il Governo ha stanziato ulteriori 30,62 miliardi che serviranno a completare i progetti contenuti nel PNRR. In totale, quindi, saranno 235,12 miliardi le risorse che saranno gestite dall'Italia nell'ambito del PNRR³⁵⁴.

Il Piano si articola in 6 Missioni che rappresentano le aree tematiche strutturali di intervento:

- 1) Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- 2) Rivoluzione verde e transizione ecologica
- 3) Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- 4) Istruzione e Ricerca
- 5) Coesione e inclusione
- 6) Salute

Ai fini di questo elaborato, particolare importanza riveste la Missione 6 che prevede un finanziamento di 19,7 miliardi di euro e si articola in due componenti fondamentali:

- 1) Il rafforzamento della prevenzione e cura del SSN grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), al potenziamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e ad una maggiore integrazione con tutti i servizi socio-sanitari³⁵⁵.
- 2) L'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN. In questo punto, il Piano illustra i problemi resi ancora più evidenti dalla pandemia da Covid-19 evidenziando l'importanza delle tecnologie e delle competenze digitali,

³⁵³ *Next Generation EU e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, https://www.agenziacoesione.gov.it/dossier_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/.

³⁵⁴ *Cos'è il Pnrr, piano nazionale ripresa e resilienza*, cit. alla nota 352.

³⁵⁵ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, cit. alla nota 351, p. 226.

professionali e manageriali³⁵⁶. Si parla dunque di Sanità Digitale per intendere l'applicazione delle tecnologie digitali a supporto dell'innovazione del sistema sanitario per rendere più efficace l'erogazione dei servizi, rendere più semplice e veloce la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini, semplificare i sistemi di prenotazione e molto altro ancora³⁵⁷. Pensiamo, per esempio, che in Corea del Sud, test di massa e tracciamento tramite app hanno permesso di arginare in breve tempo il diffondersi del virus mentre in Italia si sono riscontrate delle difficoltà nel raccogliere dati uniformi e utili dalle diverse Regioni per comprendere quanti fossero i contagiati e conseguentemente assumere decisioni coerenti³⁵⁸.

Il Next Generation UE sarà, dunque, una grande opportunità se sapremo sfruttare tale occasione per ristrutturare il nostro SSN: come dire che la mission del SSN non si tocca ma la vision deve adeguarsi alle mutate e future esigenze sociali. Le risorse da sole però non bastano, è infatti necessario avere una visione strategica e realizzare un'attenta valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni da realizzare perché in caso contrario si rischia l'avvio di cantieri che non finiscono mai, legati alla nostra scarsa e storica capacità di spendere i soldi europei³⁵⁹.

5.1 M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

La pandemia ha messo in risalto il fatto che la medicina territoriale sia ancora poco sviluppata e che necessiti di essere potenziata, così come va rafforzata la sua integrazione con la medicina ospedaliera. Si tratta di una evidenza già nota da molti anni, per tale motivo non deve essere considerata una novità derivante dalla pandemia³⁶⁰.

Anche nelle Regioni che hanno maggiormente puntato sul territorio come l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Veneto, i servizi di prevenzione sono spesso

³⁵⁶ *Che cosa è il PNRR e quali investimenti prevede per Sanità e Terzo Settore*, <https://www.fedcp.org/news/che-cosa-e-il-pnrr-e-quali-investimenti-prevede-per-sanita-e-terzo-settore>.

³⁵⁷ *Che cos'è la Sanità Digitale*, https://blog.osservatori.net/it_it/sanita-digitale-significato-applicazioni.

³⁵⁸ Perobelli. E [et al.] (2020), *L'emergenza Covid-19 e l'urgenza di innovazione digitale per il welfare italiano*, <<Secondo Welfare>>, p. 1.

³⁵⁹ Botta. A (2021), *Oltre l'emergenza COVID-19. L'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale*, <<The Journal of AMD>>, Vol. 24, n. 1, p. 48.

³⁶⁰ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 82-94.

sottorganico, così come vi è uno scarso coordinamento tra i vari professionisti che operano al di fuori dell'ospedale.

Nonostante la capacità del SSN di riorganizzarsi in tempi relativamente brevi sul fronte ospedaliero, bisogna comunque sottolineare che le strutture ospedaliere non sono state una risposta efficace nella gestione dell'emergenza sanitaria: oltre ad essere stati luoghi di incubatori della pandemia per pazienti e personale sanitario, hanno dimostrato anche una maggiore rigidità nella risposta sanitaria quando ciò di cui si avrebbe bisogno, soprattutto in assenza di un adeguato filtro di medicina territoriale, è la presenza di strutture flessibili per fronteggiare eventi non attesi con posti letto, spazi e personale a cui poter ricorrere e riconvertire all'occorrenza. A tal proposito, alcune Regioni hanno creato i cosiddetti Covid-hospital al fine di compensare il numero molto basso di posti letto intensivi, soprattutto nelle fasi più acute della pandemia, e garantire al tempo stesso una separazione tra i pazienti Covid (altamente contagiosi) e quelli affetti da altre patologie. Questo porta alla necessità di ragionare su un nuovo concetto di strutture ospedaliere (emergency-hospital), modulari e prefabbricate, che possano essere attivate in caso di emergenze sanitarie³⁶¹.

Ripartire dal territorio e dalla medicina di prossimità è fondamentale, non solo per la gestione di una pandemia ma anche per la gestione del paziente. È dunque importante fornire ai Medici di Medicina Generale gli strumenti giusti, tra cui dispositivi medici e tecnologie, per operare in modo efficiente. Ripensare alla sanità significa, quindi, ripensare alla medicina di prossimità che rappresenta il punto debole dell'assistenza sanitaria italiana³⁶².

Uno degli strumenti previsti dal PNRR per rafforzare la medicina territoriale è la cosiddetta telemedicina.

Essa può essere definita come un approccio innovativo alla pratica sanitaria che consente l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione al fine di garantire una tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione³⁶³.

³⁶¹ Ibidem.

³⁶² Giambelluca. A (2020), *cit.* alla nota 299.

³⁶³ Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *cit.* alla nota 154, pp. 13-15.

Grazie a questo strumento il paziente può usufruire dei servizi sanitari e comunicare con il medico specialista o di medicina generale senza doversi recare presso la struttura sanitaria o l'ambulatorio medico.

Il ricorso alla telemedicina, per fare diagnosi e terapie a distanza, è sempre più importante dal momento che il tema delle malattie croniche sta diventando un problema sempre più frequente all'interno di una popolazione che sta progressivamente invecchiando.

La pandemia ha contribuito ad accelerare la diffusione della telemedicina nell'assistenza territoriale, dando la possibilità di mantenere attiva la comunicazione con i pazienti cronici e fragili senza esporli ad ulteriori rischi. I servizi offerti dalla telemedicina sono più veloci, più convenienti, consentono di offrire cure migliori nei confronti di coloro il cui accesso alle prestazioni è limitato da distanza o disabilità e soprattutto, in situazioni emergenziali come quella creata dalla pandemia da Covid-19, offrono maggiore sicurezza per i pazienti e gli operatori sanitari, in termini di riduzione all'esposizione dal rischio di contagio.

Secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, il 51% dei Medici di Medicina Generale ha lavorato da remoto, contribuendo così alla dematerializzazione della ricetta elettronica nei confronti delle farmacie, che evita al paziente di doversi recare presso l'ambulatorio medico per il ritiro.

Nonostante questo strumento non consenta l'interazione interpersonale tra paziente e medico, la maggior parte dei pazienti si è dichiarata molto soddisfatta e considera la telemedicina come un'ottima alternativa alla consultazione fisica.

La pandemia ha fatto sì che il sistema sanitario si sia dotato di uno strumento tecnologico che ha portato ad un cambiamento dell'organizzazione sanitaria e che bisognerà prendere in considerazione per la gestione futura dei pazienti e della sanità. Nonostante questo, però, vi sono alcuni fattori che rallentano l'implementazione diffusa su tutto il territorio nazionale: i servizi di telemedicina sono sparsi e non interconnessi contribuendo ad ostacolare l'integrazione con la cartella clinica elettronica, le regole sulla privacy sono molto stringenti e mancano linee guida chiare.

Sarà fondamentale introdurre questo elemento tra i servizi offerti dalla sanità pubblica e privata anche in un contesto post-pandemia³⁶⁴.

Un altro strumento utile al rafforzamento della prevenzione sono le cosiddette “Case della Comunità”. Secondo il PNRR, si tratta di una struttura fisica in cui opera un gruppo multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali contribuendo così a rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali e ad integrarli con la sanità assistenziale. L’investimento prevede l’attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026³⁶⁵. Una delle criticità di tali strutture riguarda il suo personale. Le assunzioni del personale sono previste a partire dal 2027 e comunque, dal 2027 il finanziamento del personale rimane molto incerto visto che dei 661 milioni necessari per tutte le assunzioni previste viene indicata la copertura finanziaria solo di 94,5 milioni. Per il resto è previsto che il finanziamento necessario si ricavi da riorganizzazioni sanitarie che molto difficilmente metteranno a disposizione le risorse necessarie per le assunzioni previste. In altre parole, sulla base di ciò che si legge nel PNRR, da qui al 2026 verranno realizzate le strutture delle Case della Comunità ma queste non verranno attivate prima del 2027 perché non si è data copertura agli oneri del personale necessario³⁶⁶.

Per quanto riguarda l’assistenza domiciliare, l’obiettivo è quello di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti³⁶⁷.

Infine, l’ultima struttura di assistenza sanitaria territoriale prevista dal PNRR è l’Ospedale di Comunità per il quale si intende una struttura sanitaria territoriale destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità

³⁶⁴ Ibidem.

³⁶⁵ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, cit. alla nota 351, p. 228.

³⁶⁶ Pesaresi. F (2021), *Le case della comunità: cosa prevede il PNRR: qualche criticità significativa*,

<https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>.

³⁶⁷ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, cit. alla nota 351, p. 228.

clinica e per degenze di breve durata. L'investimento prevede l'attivazione di 381 Ospedali di Comunità³⁶⁸.

La prima componente della Missione Salute del PNRR apre una finestra di opportunità che, se ben sfruttata, potrà consentire di potenziare l'assistenza territoriale nel periodo post-Covid.

Questa finestra di opportunità sembra essere stata colta dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022³⁶⁹ con il quale viene ridisegnato il sistema territoriale dell'assistenza pubblica in allineamento con quanto previsto dalla Missione 6, Componente 1 (Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale) del PNRR.

Tale decreto rafforza i servizi territoriali attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità (Case della Comunità), il potenziamento delle cure domiciliari, l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e con modelli di servizi digitalizzati anche per l'assistenza a domicilio.

La riorganizzazione della medicina territoriale è una delle prime sfide da affrontare al fine di costruire un SSN in grado di dare risposte di prossimità ai cittadini: l'abbattimento delle liste di attesa, l'accesso ai servizi e ai farmaci sono solo alcune delle criticità che possono essere affrontate alleggerendo il sovraffollamento degli ospedali³⁷⁰.

Il modello organizzativo previsto dal decreto è incentrato sul Distretto sanitario che rappresenta il punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle Asl. Esso è quindi deputato all'integrazione e al coordinamento delle tre strutture alla base della medicina territoriale (Case della Comunità, assistenza domiciliare e Ospedali di Comunità), al fine di garantire una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del Distretto opera la Casa della Comunità che rappresenta il fulcro

³⁶⁸ *Ivi*, pp. 229-230.

³⁶⁹ Decreto del Ministero della Salute, 23 maggio 2022, *cit.* alla nota 294.

³⁷⁰ *Riorganizzazione della medicina territoriale: pubblicato il DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*, <https://www.cisl.it/notizie/notizie-societa/notizie-societa-sociale-e-sanita/riorganizzazione-della-medicina-territoriale-pubblicato-il-dm-77-2022-regolamento-recante-la-definizione-di-modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellassistenza-territoriale-nel-servizio-san/>.

della nuova rete territoriale dal momento che è il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana, in un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare con équipes costituite da una molteplicità di professionisti. Esse saranno organizzate in “hub” e “spoke”. Le Case di Comunità “hub” (una ogni 40.000 abitanti - 50.000) prevedono l’assistenza medica (h24h - 7 giorni su sette) ed infermieristica (h12 – 7 giorni su sette) mentre quelle “spoke” dovranno garantire il collegamento con il CUP aziendale e la presenza medica e infermieristica (12 ore al giorno - 6 giorni su sette)³⁷¹.

Per quanto riguarda le cure domiciliari, esse si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità assistenziale, nell’ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza³⁷².

Al fine di individuare standard assistenziali comuni è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale: la classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull’assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare) attraverso il Coefficiente di Intensità (CIA), vale a dire un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale, invece, deve essere misurata attraverso l’insieme delle prestazioni erogate e dei professionisti coinvolti nel Progetto di assistenza integrato. Infine, l’intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati³⁷³.

Infine, con riferimento agli Ospedali di Comunità, il decreto specifica che essi svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con l’obiettivo di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell’autonomia e più prossimi al domicilio degli

³⁷¹ Ibidem.

³⁷² Decreto del Ministero della Salute, 23 maggio 2022, *cit.* alla nota 294, pp. 39.

³⁷³ *Ivi*, pp. 39-40.

assistiti, facilitando in questo modo la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio³⁷⁴.

Alla funzione di coordinamento della presa in carico del paziente e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali provvederanno le Centrali Operative Territoriali (COT)³⁷⁵.

Al Distretto fanno riferimento anche le Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che possono essere considerate un'evoluzione delle USCA, istituite durante la fase pandemica e la cui esperienza si è conclusa a fine giugno. Le UCA rappresentano un'équipe mobile distrettuale composta da almeno un medico e un infermiere per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità che si trovano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità³⁷⁶.

Con la pubblicazione in Gazzetta ufficiale del decreto di riforma dell'assistenza territoriale, tutti gli obiettivi del PNRR Salute, in scadenza il 30 giugno, sono stati conseguiti³⁷⁷. Ora è necessario investire le risorse a disposizione in modo tale da avere queste strutture interconnesse, tecnologicamente attrezzate e completamente operative e funzionanti per il 2026³⁷⁸.

5.2 M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Per quanto riguarda la seconda componente della Missione 6 è importante evidenziare che le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere presentano un elevato grado di obsolescenza che rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema, con una conseguente sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema sanitario. L'investimento prevede l'ammodernamento

³⁷⁴ Ivi, p. 41.

³⁷⁵ *Riorganizzazione della medicina territoriale: pubblicato il DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, cit. alla nota 370.*

³⁷⁶ Ibidem.

³⁷⁷ *PNRR, in Gazzetta ufficiale il decreto di riforma dell'assistenza territoriale, https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5934#:~:text=%22Con%20la%20pubblicazione%20in%20Gazzetta,il%20nostro%20Servizio%20Sanitario%20Nazionale%22.*

³⁷⁸ *PNRR, raggiunti tutti gli obiettivi del primo semestre, <https://lineamica.gov.it/news-e-multimedia/news/d/2022/06/30/pnrr-raggiunti-tutti-gli-obiettivi-del-primo-semester-21-miliardi>.*

digitale del parco tecnologico ospedaliero attraverso l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Mammografi e altri), il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera in modo tale da garantire il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (+3.500 posti letto) e semi-intensiva (+4.225) ed infine, la separazione dei percorsi all'interno del pronto soccorso³⁷⁹.

Viene inoltre previsto il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte dei pazienti e degli operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni: punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente ed infine; strumento per le Asl che potranno utilizzare le informazioni cliniche contenute nel FSE per realizzare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari. In questo modo potrà essere garantita l'interoperabilità dei servizi e la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati³⁸⁰.

Un altro obiettivo è il potenziamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), vale a dire l'infrastruttura e gli strumenti di analisi del Ministero della Salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione e il quadro epidemiologico. Il monitoraggio dei bisogni sanitari può essere un utile strumento per la quantificazione e qualificazione dell'offerta sanitaria³⁸¹.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica comportano la necessità di avere operatori sanitari sempre aggiornati e formati al fine di garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità è apparsa ancora più evidente con la crisi pandemica. In questo ambito, dunque, l'investimento si pone l'obiettivo di rafforzare la formazione in medicina

³⁷⁹ *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, cit.* alla nota 351, pp. 231-236.

³⁸⁰ *Ibidem.*

³⁸¹ *Ibidem.*

di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario al fine di prepararlo a fronteggiare le sfide attuali e future, in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e sempre orientata al risultato. Viene infine previsto l'incremento dei contratti di formazione specialistica al fine di affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN³⁸².

La pandemia ha evidenziato l'importanza del digitale nel settore sanitario per rendere più sostenibile, efficace e resiliente il SSN. Nel 2020 la spesa per la Sanità Digitale è infatti cresciuta del 5% rispetto all'anno precedente, raggiungendo un valore di 1,5 miliardi di euro³⁸³.

L'innovazione digitale può quindi contribuire a trasformare il SSN post-pandemico, indebolito da numerose pressioni legate ad una crescita esponenziale dei costi sanitari che supererà in maniera significativa i tassi di crescita del PIL³⁸⁴.

La spinta verso la digitalizzazione provocata dagli effetti pandemici in tutti i settori della società ha portato ad una forte domanda di servizi innovativi e personalizzati tra i cittadini.

L'innovazione digitale diventa così un asset strategico nella governance della sanità italiana del presente e del futuro, in grado di coinvolgere tutti gli attori dell'healthcare: i cittadini/pazienti, i professionisti della salute, le tecnologie e il set di pratiche e conoscenze biomediche che prendono forma nell'incontro sanitario.

Considerare le innovazioni tecnologiche che permettono una cura a distanza durante la pandemia e i dispositivi innovativi della digital health (intelligenza artificiale, robotica, internet of things, wearable, immersive reality) nella prevenzione e cura, significa reimmaginare un sistema sanitario che si connetta in modo significativo con i destinatari dei servizi erogati.

³⁸² Ibidem.

³⁸³ *Una Sanità più connessa per ripartire dopo l'emergenza*, <https://www.osservatori.net/it/ricerche/comunicati-stampa/sanita-connessa-dopo-emergenza>.

³⁸⁴ Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, pp. 105-109.

L'innovazione però non riguarda soltanto gli investimenti tecnologici o le ordinanze normative. Il cambiamento deve necessariamente passare anche attraverso una serie di elementi che si inseriscono tra i soggetti coinvolti, le culture e le resistenze al cambiamento, le pratiche manageriali, gli aspetti amministrativi; il tutto senza escludere le forme tradizionali di accesso ai servizi sanitari ed assistenziali in presenza.

Si potrebbe dunque procedere nel tentativo di costruire un modello di “governance dell'innovazione per la salute digitale” al fine di ridurre situazioni critiche durante e dopo la pandemia. A tal proposito, risulta utile considerare una serie di indicatori³⁸⁵ che permettono di creare un sistema sostenibile e adeguato di digitalizzazione del SSN attraverso la rete internet durante e dopo la pandemia da Covid-19:

1) Propensione del personale sanitario all'uso della telemedicina

La pandemia da Covid-19 ha reso evidente l'importanza di poter accedere in sicurezza ai servizi sanitari e assistenziali. L'esperienza internazionale mostra che nelle realtà in cui la digital health era già operativa prima della pandemia da Covid-19, la collaborazione dello staff coinvolto ha permesso un uso significativo della telemedicina in tutte le pratiche cliniche, un utilizzo significativo della sorveglianza a distanza dei pazienti positivi, dei pazienti con patologie croniche e dei pazienti Covid-19 all'interno degli ospedali. Al tempo stesso, però, è importante garantire la convivenza delle innovazioni con i sistemi di accesso alla salute tradizionali, in modo tale che nessuno rimanga indietro e si senta escluso.

2) Propensione dell'utente all'uso della telemedicina

La necessità di ridurre gli ingressi negli studi medici, la percezione dei benefici riguardo all'uso della cura a distanza dato l'alto rischio di contagio da parte di tutti i soggetti coinvolti, una maggiore padronanza nelle pratiche online acquisita nel tempo rispetto alle iniziali difficoltà, la ricerca di informazioni (health seeking) tramite internet, sono tutti fattori che possono contribuire all'uso della telemedicina se il cittadino/paziente è digitalmente alfabetizzato e si mostra disponibile a svolgere un ruolo attivo verso la propria salute.

3) Propensione all'investimento economico

³⁸⁵ Ibidem.

Affinchè un servizio di telemedicina possa diventare operativo è necessario che i soggetti coinvolti siano disposti a fare un investimento economico. La governance dovrà valutare come investire in digitalizzazione per attivare i servizi innovativi, come investire in Intelligenza Artificiale per l'analisi predittiva e la razionalizzazione delle risorse attraverso una governance dei big data sanitari in linea con i principi costituzionali e nel rispetto della privacy e sicurezza dei dati sensibili ed infine, come investire per favorire l'alfabetizzazione digitale e della salute per tutti gli stakeholder coinvolti.

4)Disponibilità di piattaforme

È necessario che le tecnologie utilizzate per costruire un sistema di telemedicina, durante e dopo la crisi sanitaria, prevedano piattaforme e soluzioni interoperabili.

A tal proposito possiamo prendere in considerazione la piattaforma OPeNet, nata dalla collaborazione tra Novartis, IBM Italia e Net Medica Italia³⁸⁶. Si tratta di una piattaforma per la medicina a distanza caratterizzata da un'elevata versatilità ma soprattutto da prestazioni avanzate, a supporto dell'attività dei professionisti della salute. Il sistema permette ai Medici di Medicina Generale di rimanere in contatto con i pazienti anche in remoto, di disporre stabilmente di un supporto formativo per le patologie croniche e di effettuare teleconsulti. Grazie a soluzioni di Intelligenza Artificiale, OPeNet è in grado di aggiornarsi in tempo reale, analizzando i dati presenti nelle cartelle cliniche, generando insight sul percorso di cura e sullo stato di salute del paziente, in modo tale da consentire un intervento più efficace nel monitoraggio dell'aderenza alle terapie. Così facendo, la piattaforma consente di sviluppare un'efficace medicina d'iniziativa grazie alla quale è possibile offrire un'assistenza proattiva e personalizzata, con diagnosi precoce e gestione in remoto, facilitando la collaborazione tra medico curante e specialista, intervenendo prima che le patologie si aggravino o rendano necessario il ricovero. OPeNet favorisce l'integrazione e lo scambio di dati con gran parte dei sistemi gestionali e delle piattaforme utilizzate dai medici di base, permettendo così la connessione tra tutti i principali attori coinvolti nel percorso di cura del paziente. La piattaforma è in grado di offrire un supporto efficace nella gestione di molte patologie. Attualmente è utilizzata da oltre 600 Medici di Medicina

³⁸⁶ *Reimmaginare il futuro*,
https://www.novartis.com/it-it/sites/novartis_it/files/2022-03/Reimmaginare%20il%20futuro.pdf.

Generale su tutto il territorio nazionale per i pazienti cronici affetti da scompenso cardiaco e da psoriasi³⁸⁷.

Un'altra piattaforma molto utile è la piattaforma NoEmi (No Eemicrania) indicata per rendere più semplice la comunicazione tra medico e paziente in relazione alla gestione di una patologia complessa, sia per quanto riguarda la diagnosi sia per la definizione del percorso terapeutico più appropriato. Questa piattaforma consente al paziente con emicrania di tracciare un identikit della malattia di cui soffre grazie anche alla presenza di materiali di comunicazione (articoli e video) disponibili sulla piattaforma, che aiutano il paziente a comprendere maggiormente le caratteristiche dell'emicrania e come la si deve affrontare³⁸⁸.

Nel contesto post-pandemico le tecnologie dovranno consentire di avere Fascicoli Sanitari Elettronici condivisibili nel rispetto delle normative e dei diritti civili, della sicurezza e della privacy del cittadino. Ad oggi però il Fascicolo Sanitario Elettronico è ancora poco sfruttato: solo il 38% della popolazione ne ha sentito parlare e solo il 33% è consapevole di averlo utilizzato. Se prendiamo in considerazione i pazienti cronici o con gravi problemi di salute il trend migliora in quanto, la percentuale di pazienti che conosce lo strumento sale al 73% dei casi mentre la percentuale di quelli che lo utilizzano sale al 37%. Ma comunque, c'è ancora tanto da fare³⁸⁹. I Fascicoli, infatti, seppur attivati per quasi tutta la popolazione italiana, sono spesso incompleti, privi di informazioni e dei documenti più utili a medici e pazienti. La limitata consapevolezza della sua esistenza fra i cittadini rappresenta il principale motivo della sua scarsa diffusione. Considerando che questo strumento raccoglie tutta la storia clinica dei pazienti è importante procedere con un'adeguata campagna di informazione al fine di garantirne la diffusione su tutto il territorio nazionale, rendendolo più completo, integrato e interoperabile³⁹⁰.

5)Adeguata cultura/formazione del paziente

³⁸⁷ Ibidem.

³⁸⁸ Ibidem.

³⁸⁹ *Sanità digitale, dopo l'emergenza a che punto siamo?*,

<https://www.periplofamiliare.it/blog/sanita-digitale-dopo-lemergenza-a-che-punto-siamo/>.

³⁹⁰ Lacangellera. D (2021), *Una sanità più "connessa" dopo la pandemia, ma il processo di digitalizzazione del sistema sanitario è ancora frammentato e disomogeneo*,

<http://www.agipress.it/speciali/una-sanita-piu-connessa-dopo-la-pandemia-ma-il-processo-di-digitalizzazione-del-sistema-sanitario-e-ancora-frammentato-e-disomogeneo.html>.

Durante e dopo la pandemia bisognerà insegnare ai pazienti (caregivers) come accedere ai servizi innovativi per la salute. Il paziente-cliente, concepito culturalmente come soggetto con diverse esigenze, dovrà essere inserito all'interno di un processo di co-partecipazione al percorso diagnostico-terapeutico in modo tale da poter favorire, nel corso del tempo, una cultura dell'innovazione digitale della salute. Si tratta di un cambiamento di approccio. Se fino a non molto tempo fa l'obiettivo era quello di parlare ai pazienti, oggi lo scopo è quello di parlare con i pazienti. Parlare con i pazienti significa interagire con le associazioni che li rappresentano, per individuare insieme, gli strumenti che possano soddisfare le loro esigenze in termini di tutela e di promozione della salute. A tal proposito, la piattaforma digitale "Alleati per la Salute", progettata in collaborazione con le stesse associazioni, è uno spazio in cui è possibile realizzare questo dialogo costante. È possibile trovare informazioni, commenti e analisi approfondite sui temi sanitari più attuali. Un esempio sono i molti interventi che riguardano l'impatto della pandemia da Covid-19 sulla prevenzione o sull'efficacia dell'assistenza ai pazienti italiani³⁹¹.

La pandemia ha contribuito ad aumentare l'importanza dei canali digitali per ricercare informazioni sanitarie. L'88% dei pazienti si informa sulla propria patologia online e il 73% dei cittadini utilizza internet per cercare informazioni sulla prevenzione e gli stili di vita. I servizi digitali più utilizzati sono il ritiro online dei documenti clinici (37%, contro il 29% pre-emergenza), la prenotazione online di visite ed esami (26%) e il pagamento online (17%). L'email è lo strumento più utilizzato sia dai medici (79% dei MMG e 85% degli specialisti) sia dai pazienti (55%)³⁹².

6) Adeguate cultura digitale del personale

La formazione del personale e dei fornitori di beni e servizi sanitari è fondamentale nella governance dell'innovazione per riuscire ad attivare servizi di telemedicina affrontando eventuali resistenze. È fondamentale un approccio multidisciplinare all'interno del quale bioingegneri, data scientist, medici e ricercatori lavorino insieme unendo talento e competenze³⁹³. Uno dei punti più

³⁹¹ *Reimmaginare il futuro*, cit. alla nota 386.

³⁹² Lacangellera, D (2021), cit. alla nota 390.

³⁹³ *Reimmaginare il futuro*, cit. alla nota 386.

critici, però, è rappresentato proprio dalle competenze digitali dei professionisti sanitari che appaiono oggi insufficienti. Il 60% dei medici specialisti e dei Medici di Medicina Generale possiede sufficienti competenze digitali di base (Digital Literacy) legate all'utilizzo di strumenti digitali nella vita quotidiana, ma solo il 4% ha un livello soddisfacente in tutte le aree delle competenze digitali professionali (eHealth Competences)³⁹⁴.

La trasformazione digitale della sanità italiana rappresenta, dunque, una delle grandi sfide del prossimo futuro.

Con il PNRR vengono allocate le risorse per portare il SSN verso questa nuova dimensione ma, affinché ciò possa realizzarsi, è necessario un salto culturale o il rischio è di non realizzare le potenzialità bensì sprecare tempo e risorse. Come si è visto, sarà fondamentale l'empowerment dei medici e un investimento sull'educazione sanitaria dei cittadini affinché facciano buon uso di tutti gli strumenti digitali per tutelare la propria salute e sostenere il sistema, a partire dalla prevenzione³⁹⁵.

In conclusione possiamo dire che l'emergenza sanitaria ha evidenziato, oggi più che mai, la necessità di promuovere una conoscenza dei fenomeni puntuale e diffusa, in grado di fornire ai decisori gli strumenti per assumersi la responsabilità di adottare politiche pubbliche coerenti³⁹⁶.

6. Rafforzare la resilienza

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato l'importanza di inserire la resilienza dei sistemi sanitari fra le dimensioni chiave di valutazione della performance dei sistemi sanitari, alla stregua dell'accessibilità, della qualità delle cure e dell'efficienza³⁹⁷.

Rafforzare la capacità dei sistemi sanitari di gestire la resilienza è fondamentale per continuare a fornire efficacemente servizi sanitari preventivi e curativi

³⁹⁴ Lacangellera. D (2021), *cit.* alla nota 390.

³⁹⁵ Conti. L (2021), *A che punto siamo con la digitalizzazione in sanità?*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=100935.

³⁹⁶ Perobelli. E [et al.] (2020), *cit.* alla nota 358, p. 2.

³⁹⁷ Covid. Ocse: *“La pandemia ha messo in luce tutte le fragilità latenti dei sistemi sanitari”. E in Italia la spesa sanitaria resta sotto la media. A livello procapite (ppp): -1.171 euro rispetto alla Francia e -2.031 euro rispetto alla Germania*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90129.

essenziali alle popolazioni. Ciò richiede l'adattamento e la trasformazione della struttura e delle proprietà del sistema sanitario per allontanarlo da situazioni di rischio indesiderate³⁹⁸.

La resilienza di un sistema sanitario può essere vista come la sua capacità di assorbire, adattarsi e trasformarsi quando è esposto a uno shock come una pandemia, un disastro naturale, un conflitto armato o una crisi finanziaria, mantenendo lo stesso controllo sulla sua struttura e sulle sue funzioni.

È possibile applicare ai sistemi sanitari tre livelli di resilienza: capacità di assorbimento, capacità di adattamento e capacità di trasformazione. La capacità di assorbimento si riferisce alla capacità di un sistema sanitario di continuare a fornire lo stesso livello (quantità, qualità ed equità) di servizi sanitari di base e di protezione alle popolazioni nonostante lo shock, utilizzando lo stesso livello di risorse e capacità. La capacità di adattamento è la capacità degli attori del sistema sanitario di fornire lo stesso livello di servizi sanitari con risorse minori e/o diverse, il che richiede adattamenti organizzativi. Infine, la capacità di trasformazione descrive la capacità degli attori del sistema sanitario di trasformare le funzioni e la struttura del sistema sanitario per rispondere a un ambiente in evoluzione³⁹⁹.

La gestione della resilienza dei sistemi sanitari è caratterizzata da quattro dimensioni interconnesse tra loro:

1) Capacità di raccogliere, integrare e analizzare diverse forme di conoscenze e informazioni

L'anticipazione di shock ed eventi come le pandemie richiede un sistema funzionale di sorveglianza delle malattie per informare gli attori dei servizi sanitari riguardo l'insorgenza di una pandemia e lo stato di trasmissione della malattia. La natura delle conoscenze che devono essere raccolte ed elaborate per garantire e misurare la resilienza deve estendersi oltre la sfera del sistema sanitario. Ad esempio, i decisori dei sistemi sanitari devono comprendere le risorse attualmente disponibili, i punti deboli del sistema sanitario, nonché lo stato

³⁹⁸ Blanchet. K, Nam. S.L, Ramalingam. B [et al.] (2017), *Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework*, <<International Journal of Health Policy and Management>>, 6(8), pp. 431-435.

³⁹⁹ Ibidem.

di salute attuale della popolazione. Inoltre, devono essere in grado di monitorare i rischi e le minacce che possono esulare dall'ambito diretto del sistema sanitario e possono, per esempio, essere legate alla sfera economica o al contesto politico.

L'accesso a questi diversi tipi di conoscenza è legato alla capacità di interagire con una diversità di attori appartenenti a diverse sfere della società. Questo aspetto viene definito con la nozione di mediatori sociali, vale a dire di individui che creano collegamenti tra utenti e ricercatori. I mediatori sociali in un sistema sanitario aiutano a coordinare gli attori nei momenti di crisi o di shock e a creare ponti tra i diversi gruppi all'interno del sistema e al di fuori di esso. Pertanto, identificare gli attori che sono mediatori sociali e valorizzare il loro ruolo nel combinare e integrare diverse forme di conoscenza contribuirà a rafforzare la resilienza di un sistema sanitario.

2) Capacità di anticipare e affrontare incertezze e sorprese

La resilienza può essere intesa in termini di adattabilità dei sistemi sanitari. L'adattabilità è la capacità degli attori di un sistema di rispondere a stress e shock ed è principalmente una funzione delle azioni e delle decisioni prese da individui, reti e gruppi che gestiscono questi sistemi.

Anche quando i decisori dispongono di conoscenze rilevanti e di sistemi flessibili per pianificare le incertezze o reagire agli shock, il processo decisionale per gli individui si rivela complesso. Le decisioni prese dagli attori potrebbero non rispondere alle esigenze indeterminate dall'accesso a forme di conoscenza diverse. I decisori possono reagire alle conoscenze in risposta al loro "istinto di sopravvivenza" rispetto alle esigenze del sistema sanitario o possono essere influenzati dagli interessi individuali.

3) Capacità di gestire l'interdipendenza

Riconoscere che i sistemi sanitari sono inseriti all'interno di altre strutture complesse (sistemi politici, economici, giudiziari, sociali ed ecologici) e su diverse scale (livelli locali, subnazionali, nazionali e internazionali) allude al fatto che i sistemi sanitari sono influenzati da fattori che possono non sembrare direttamente collegati alla salute. Per esempio, l'inadeguata capacità dei sistemi sanitari fragili è stata alla base delle sfide per rispondere all'epidemia di Ebola in Paesi afflitti da decenni di conflitti, economie deboli e povertà radicata. Per

costruire la resilienza bisogna quindi trattare le crisi sanitarie non solo come emergenze di natura medica, ma come un fallimento profondo dello sviluppo economico e sociale.

4) Capacità di sviluppare istituzioni legittime e norme socialmente accettate

Un'altra componente importante dei sistemi sanitari resilienti consiste nella fiducia e nella titolarità della comunità. Questa può essere costruita attraverso un processo di consultazione inclusivo che coinvolga in modo significativo le comunità, come utenti del sistema sanitario, nello sviluppo delle politiche e nella gestione dei servizi sanitari, dove i pazienti sono posti al centro del sistema. La fiducia e la responsabilità devono essere costruite a ogni livello del sistema sanitario: dal paziente, all'operatore sanitario di comunità, al personale infermieristico del centro sanitario, al personale medico di livello superiore. È importante costruire un rapporto di fiducia con le popolazioni al fine di ridurre il rischio che le comunità evitino di utilizzare le strutture sanitarie per paura di essere contagiate.

Pertanto, i sistemi sanitari per essere resilienti di fronte a uno shock devono mostrare capacità di assorbimento, adattamento e trasformazione⁴⁰⁰.

Affinchè un sistema sanitario possa rafforzare la sua capacità di resilienza appare fondamentale potenziare anche la resilienza degli individui: al fine di sviluppare una strategia di salute efficace e contrasto alle iniquità di salute è necessario sviluppare comunità resilienti in grado di rispondere alle sfide e avversità creando ambienti favorevoli alla salute⁴⁰¹.

La resilienza può essere studiata a livello individuale, di comunità o di sistema. A prescindere dal livello di resilienza, il mondo scientifico ha analizzato quattro specifiche capacità di resilienza:

1) Adaptive capacity

È la capacità di accettare e adattarsi ad un evento più o meno traumatico. Per esempio, la capacità di accettare e adattarsi ad una diagnosi di malattia cronica o a una diagnosi di positività al Covid-19. Questa capacità di resilienza non viene

⁴⁰⁰ Ibidem.

⁴⁰¹ Rigo. M, Ziglio. E (2021), *La pandemia insegna quanto sia importante rafforzare la resilienza*, <https://www.scienzainrete.it/articolo/pandemia-insegna-quanto-sia-importante-rafforzare-resilienza/marco-rigo-erio-ziglio/2021-04>.

sviluppata da tutte le persone e questo può portare a dei meccanismi di rifiuto della diagnosi che non aiutano il paziente ad affrontare la nuova situazione.

2) Absorptive capacity

Con questa capacità l'individuo non si limita ad adattarsi e ad accettare la malattia a lui o lei diagnosticata. Questa capacità implica che la persona sviluppi un processo attivo per gestire efficacemente la nuova situazione in cui si trova a causa della malattia. Questa capacità può aiutare i pazienti a vedere anche nuove opportunità nonostante la presenza di una diagnosi di malattia o la presenza di un evento avverso.

3) Anticipatory capacity

È la capacità di prevedere e prepararsi a situazioni da affrontare a breve, medio e lungo periodo. Un esempio di questa capacità è rappresentato dall'adattamento allo smart working durante la pandemia.

4) Transformative capacity

Si tratta della capacità trasformativa da parte di un sistema di cambiare la sua struttura e le modalità di funzionamento per meglio affrontare una situazione di grande cambiamento. La letteratura scientifica ci dice che la capacità del sistema socio-sanitario di trasformare pratiche obsolete e potenziare pratiche innovative con impatto sulla resilienza dei pazienti e delle loro famiglie danno risultati tangibili in termini di salute, tra cui l'aumento della soddisfazione da parte dei pazienti che si sentono più fiduciosi in tutto il processo, dall'identificazione della diagnosi, eventuale ospedalizzazione, dimissione e i check-up periodici. Altri benefici sono l'aumento dei livelli di compliance dei pazienti al trattamento prescritto e della loro abilità di autogestirsi in relazione al piano di trattamento concordato con il personale medico.

Rafforzare la resilienza degli individui è quindi molto importante in quanto sembrerebbe che il Covid-19 da solo non sia stato, in molti casi, sufficiente a determinare la drammatica progressione che porta alla morte, ma che abbia bisogno anche di circostanze facilitanti, come scarse capacità di resilienza. Seguendo questa ipotesi, la possibilità di superare l'infezione da Covid-19 dipenderebbe non solo da fattori quali l'età o l'esistenza di patologie pregresse, ma anche e soprattutto dalle possibilità e capacità di reazione all'evento.

È quindi necessario sviluppare misure di salute pubblica e di trattamento clinico capaci di rafforzare le capacità di resilienza dei pazienti.

Alcuni studi, ad esempio, hanno misurato l'impatto negativo di una campagna di comunicazione martellante che in molte persone ha provocato ansia e perfino terrore, in alcuni casi minando la loro capacità di resilienza. La psiche umana, infatti, non è fatta per vivere a lungo e costantemente in pericolo senza che tutti i suoi apparati ne restino profondamente alterati, in primis il sistema immunitario. Ne deriva che l'azione dei medici, e in generale del personale sanitario, deve essere anche orientata a riconoscere, ed eventualmente disattivare, i meccanismi di eccessiva allerta e preoccupazione che, da meccanismi di difesa possono diventare, se non disattivati, la causa del progredire e dell'aggravarsi della patologia.

In definitiva, usare una lente di resilienza per esaminare l'appropriatezza delle misure di prevenzione e trattamento delle malattie, sia infettive come il Covid-19 sia non trasmissibili come le patologie croniche degenerative, risulta quanto mai essenziale e urgente⁴⁰².

7. Necessità di una riforma del Titolo V, parte seconda, o di un Senato delle autonomie?

I contrasti che si sono verificati tra lo Stato e le Regioni durante la gestione della crisi sanitaria consentono di realizzare alcune riflessioni sul sistema regionale italiano⁴⁰³.

Una parte dei politici, dell'opinione pubblica e degli studiosi afferma che le conflittualità emerse durante la gestione della pandemia tra i livelli di governo siano una conseguenza della riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione del 2001. Per tale motivo, essi avanzano la necessità di una modifica della stessa, modifica che dovrebbe comportare una redistribuzione delle competenze legislative tra Stato e Regioni, riportando alcune materie al centro come la sanità o introducendo una clausola di prevalenza dello Stato. In questa direzione ritroviamo le proposte di legge volte a introdurre in Costituzione una clausola di supremazia che permetta allo Stato di intervenire con legge "in materie

⁴⁰² Ibidem.

⁴⁰³ Marchetti. G (2020), *cit.* alla nota 208, pp. 19-22.

non riservate alla competenza legislativa esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell'interesse nazionale»⁴⁰⁴.

In realtà, una riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione sembrerebbe non essere necessaria in quanto i contrasti tra lo Stato e le Regioni nella gestione dell'emergenza sanitaria, non sembrano dipendere da un'impostazione del Titolo V che non avrebbe permesso, come ritenuto da alcuni, al primo di intervenire per imporre alle seconde le proprie decisioni. A tal fine, infatti, il Governo ha a disposizione una serie di strumenti che la Costituzione prevede proprio per garantire le istanze unitarie e, più nello specifico, la gestione uniforme di una pandemia. Tra questi strumenti ritroviamo: la competenza legislativa esclusiva nelle materie di “ordine pubblico e sicurezza” e “profilassi internazionale” (secondo la Corte costituzionale, tale materia assorbe ogni altra competenza nella gestione della pandemia, consentendo allo Stato non solo di legiferare ma anche di evocare a sé tutte le relative funzioni); la determinazione dei “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”; il ricorso al principio della “chiamata in sussidiarietà”, anche se ciò impone, come stabilito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 303/2003⁴⁰⁵, <<*attività concertative e di coordinamento orizzontale, ovvero sia le intese, che devono essere condotte in base al principio di lealtà*>>⁴⁰⁶; il potere sostitutivo previsto dall'articolo 120 della Costituzione⁴⁰⁷ che consente allo Stato di sostituirsi alle Regioni e agli enti locali nei casi di <<*pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica*>>⁴⁰⁸. A tal proposito, lo Stato ha fatto ricorso a tali strumenti proprio per garantire una gestione unitaria e accentrata dell'emergenza e quando non lo ha fatto, ciò è dipeso probabilmente da ragioni politiche, dovute al timore di provocare una rottura istituzionale in un momento drammatico per il nostro Paese. Un esempio di questo atteggiamento è la decisione del Governo di non ricorrere al potere sostitutivo nei confronti delle Regioni e degli enti locali che hanno adottato, soprattutto durante la prima fase emergenziale, numerose ordinanze non in linea

⁴⁰⁴ Ibidem.

⁴⁰⁵ Corte costituzionale, 1° ottobre 2003, n. 303, GU n. 40 dell'8 ottobre 2003.

⁴⁰⁶ Ibidem.

⁴⁰⁷ Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 120.

⁴⁰⁸ Ibidem.

con quanto previsto dalle disposizioni nazionali. Questo ci porta a sostenere che le tensioni tra il Governo e le Regioni sono derivate più da ragioni politiche che da carenze del Titolo V della Costituzione. Una competenza esclusiva dello Stato in materia di sanità o la previsione di una clausola di prevalenza dello Stato sarebbero servite poco, potendo comunque il Governo adottare provvedimenti emergenziali, sia in via esclusiva che sostitutiva⁴⁰⁹.

Dal punto di vista istituzionale, il problema della conflittualità tra Governo e Regioni deriva dalla mancata attuazione della riforma del 2001 che ha impedito un effettivo funzionamento del sistema regionale italiano.

Nonostante la Costituzione, in seguito alle modifiche del 2001, preveda un regionalismo cooperativo, esso in realtà, non è mai stato realizzato. Nemmeno in occasione della gestione dell'emergenza sanitaria si è tenuto in considerazione la necessità di improntare i rapporti tra Stato e Regioni al principio di leale collaborazione, così da evitare che un ente potesse prevaricare sull'altro e, rafforzando in tal modo un modello di regionalismo cooperativo non concorrenziale. Anzi, sembra proprio che durante il periodo di emergenza sanitaria non si sia voluto realizzare un modello di regionalismo cooperativo. Si tratta di un modello improntato su un'azione coordinata tra gli enti che avrebbe potuto limitare i contrasti tra il Governo e le Regioni e che avrebbe permesso di garantire la necessità di gestire in modo unitario l'epidemia sull'intero territorio nazionale, tenendo allo stesso tempo in considerazione le esigenze dei singoli territori, in relazione alla gravità della situazione sanitaria. Il mancato rispetto del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni ha quindi avuto come conseguenza il fatto di avere numerosi atti normativi che hanno molte volte generato dubbi interpretativi e difficoltà di coordinamento, con un grave disagio per i cittadini⁴¹⁰.

Un'altra considerazione da fare è che la riforma del 2001 avrebbe dovuto portare, come conseguenza di una significativa valorizzazione delle Regioni, all'istituzione di una sede istituzionale di raccordo tra Stato e Regioni. Ad oggi però, non si è ancora riusciti ad approvare una modifica della Costituzione che preveda un Senato delle autonomie o delle Regioni.

⁴⁰⁹ Marchetti. G (2020), *cit.* alla nota 208, pp. 19-22.

⁴¹⁰ *Ibidem*.

Dunque, invece che discutere sulla revisione della distribuzione di competenze, tema che non risolverebbe i problemi in quanto vi sarebbe comunque la tendenza dei livelli di governo a rivendicare competenze, sarebbe meglio iniziare a ragionare su una valorizzazione del principio di leale collaborazione e sulla necessità di prevedere adeguati strumenti a ciò finalizzati.

Per tale motivo, appare fondamentale una riforma del sistema bicamerale che renda effettivo il dialogo tra Stato e Regioni. Non serve una correzione del Titolo V della Costituzione bensì una riforma più profonda della stessa, attraverso l'istituzione di un Senato delle autonomie o , ancor meglio, di un Senato delle Regioni, in modo tale da consentire la partecipazione di queste ultime all'approvazione delle leggi dello Stato. In questa direzione troviamo la riforma costituzionale "Renzi-Boschi", approvata dal Parlamento ma bocciata dal referendum del dicembre 2016, che aveva previsto il superamento del bicameralismo perfetto e l'istituzione di un Senato delle autonomie quale organo di rappresentanza degli enti territoriali in grado di partecipare al procedimento legislativo statale. Più di recente invece, è stata abbandonata l'idea di una modifica del bicameralismo perfetto, preferendo puntare su una riforma costituzionale, approvata in seguito alla vittoria dei sì al referendum del settembre 2020, avente come obiettivo quello di ridurre il numero dei parlamentari (da 630 a 400 per i deputati e da 315 a 200 per i senatori elettivi). Quest'ultima riforma, però, non rende impossibile una riforma del sistema bicamerale perfetto: il fatto che la riduzione dei parlamentari comporti un eccessivo sacrificio della rappresentanza di alcuni territori regionali, induce a ritenere ancora più urgente una riforma del bicameralismo perfetto. Una riforma, dunque, che prenda in considerazione la rappresentanza delle realtà territoriali attraverso l'istituzione di una Camera delle autonomie o , preferibilmente, di un Senato delle Regioni, in grado di dare voce ai territori regionali e agli enti locali in essi compresi⁴¹¹.

Inoltre, appare importante una modifica del sistema delle Conferenze in modo tale da valorizzare procedure istituzionalizzate di collaborazione tra i livelli di governo e rendere più veloci le modalità di consultazioni, anche grazie all'utilizzo delle

⁴¹¹ Ibidem.

nuove tecnologie, al fine di evitare che le decisioni vengano assunte, per motivi di urgenza, mediante meccanismi decisionali informali⁴¹².

Per concludere, possiamo dire che la pandemia ha mostrato la necessità di valorizzare un modello di regionalismo cooperativo attraverso il principio di leale collaborazione e l'esigenza di istituire un Senato delle autonomie o, ancor meglio, un Senato delle Regioni. Tutto ciò, con l'obiettivo di poter conciliare, in concreto, i principi di uniformità e di autonomia, così come previsti dall'articolo 5 della Costituzione⁴¹³.

⁴¹² Ibidem.

⁴¹³ Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 5.

CONCLUSIONI

Come si è trovato il SSN di fronte alla pandemia da Covid-19?

La crisi sanitaria, oltre a mettere a dura prova il nostro Paese, ha contribuito ad evidenziare le fragilità e l'impreparazione del nostro SSN. Ha messo in luce l'esigenza di riorganizzare e sostenere con maggiori risorse il ruolo del territorio che avrebbe potuto arginare, soprattutto nella fase iniziale della pandemia, la portata dell'emergenza evitando che questa si riversasse sulle strutture ospedaliere. La saturazione degli ospedali non è stata la causa dello tsunami ma l'effetto della debolezza nell'organizzazione del SSN⁴¹⁴.

Il SSN, dunque, si è trovato fortemente impreparato, non tanto e non solo per l'inadeguatezza dei piani sanitari in campo di malattie trasmissibili ma per il tipo di sistema sanitario che si è imposto nel corso degli anni. Un sistema centrato essenzialmente sulla cura ospedaliera, anche di alto livello, vale a dire sull'ultimo livello con il quale si può contrastare un'aggressione epidemica sconosciuta, mentre è stato progressivamente ridotto il ruolo pubblico della medicina territoriale e di prossimità, vale a dire quello maggiormente in grado di contrastare un problema sanitario che coinvolge l'intera popolazione⁴¹⁵.

Le competenze epidemiologiche, gli osservatori epidemiologici, gli organismi preposti all'analisi delle malattie infettive, al pari di quello che è successo per il sistema territoriale dei servizi sanitari e per il personale sanitario, sono stati cancellati o ridotti a meri organismi burocratici, compromettendo così la loro capacità di rilevazione di dati e informazioni utili per orientare e strutturare azioni adeguate. Basti pensare che nel 2003 era stato istituito il CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) per studiare i casi dell'influenza aviaria e dell'influenza suina. Tale istituto avrebbe dovuto individuare i primi contagi e acquisire i dati per determinare le curve epidemiche, ma nel 2016 è stato chiuso⁴¹⁶.

La pandemia ha rimesso al centro delle decisioni pubbliche e delle priorità individuali i temi riguardanti la salute, sia collettiva che individuale, quale bene

⁴¹⁴ Gola. M, Donati. D, Tubertini. C (2021), *cit.* alla nota 293, p. 77.

⁴¹⁵ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 55.

⁴¹⁶ Tognetti. M (2020), *Come ripensare il sistema sanitario dopo questa pandemia*, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84802.

comune. Come sostiene Amartya Sen, la salute è un bene essenziale per l'individuo in quanto la sua promozione e il suo mantenimento sono fondamentali affinché ogni persona possa essere un attore a pieno titolo della società⁴¹⁷.

I cambiamenti illustrati in questo elaborato possono essere concretamente realizzati?

La pandemia da Covid-19 ha posto il nostro Paese di fronte a due possibili strategie di uscita dalla crisi. Da un lato, vi è quella del ritorno alla situazione precedente alla crisi, una volta introdotti gli aggiustamenti urgenti e necessari. Si tratta del modello dell'alluvione, vale a dire si attende che l'acqua rientri nell'alveo del fiume, si rinforzano gli argini del fiume, dopodiché si procede con il business as usual. Dall'altro lato, vi è la strategia della resilienza trasformativa il cui obiettivo è quello di aumentare la capacità di resistenza del sistema nei confronti di future crisi⁴¹⁸.

Non vi sono dubbi circa la scelta da effettuare: la pandemia da Covid-19 ha infatti posto il SSN di fronte a una grande disponibilità di risorse (PNRR) e opportunità di cambiamento (piano pandemico, integrazione ospedale-territorio, digitalizzazione, rafforzamento della prevenzione ecc.) che suggeriscono la necessità di una trasformazione incrementale e dunque radicale.

Le fragilità emerse durante la gestione della pandemia nel nostro sistema sanitario erano già presenti da anni all'interno delle organizzazioni sanitarie. Il Covid-19 ha semplicemente agito come acceleratore, contribuendo a rafforzare la convinzione che i cambiamenti dell'intera organizzazione sono fondamentali e non più procrastinabili.

Affinchè i cambiamenti illustrati in questo elaborato possano realizzarsi concretamente è necessario, come primo passo, che tali traiettorie vengano collocate all'interno di una visione d'insieme in quanto ogni cambiamento è funzionale alla realizzazione degli altri. Per esempio, cambiare la Costituzione non è sufficiente, può sicuramente rappresentare uno dei tanti piccoli passi in avanti ma è chiaro che per realizzare un cambiamento nelle politiche sanitarie e quindi affinché si generi apprendimento è fondamentale legare questo tipo di

⁴¹⁷ Ibidem.

⁴¹⁸ Caporale, C, Pirmi, A (a cura di) (2020), *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, <<Consulta scientifica del Cortile dei gentili>>, pp. 33-34.

cambiamento alle altre traiettorie viste nei paragrafi precedenti, quali il rapporto fra ospedale e territorio, il rafforzamento della prevenzione e conseguentemente del territorio, la digitalizzazione della sanità, il rafforzamento della resilienza, lo sviluppo delle capacità di improvvisazione e di elaborazione di risposte non pianificate così come l'adozione di piani pandemici.

Allo stesso tempo, per esempio, per poter garantire la prevenzione è necessario possedere un piano pandemico che, non è solo il piano di risposta al momento dell'emergenza, ma illustra piuttosto un quadro generale di come si debba agire tra una pandemia e l'altra, così come è necessario vedere l'ospedale e il territorio non come due elementi separati bensì integrati dove il rafforzamento del secondo consenta di fare prevenzione e dunque di occuparsi dei pazienti nelle fasi iniziali della malattia, lasciando all'ospedale soltanto i casi più gravi.

Pensare di affidare la ripartenza a linee guida di tipo regolativo e affidarsi a soluzioni iper-mirate è una strategia di prima risposta all'emergenza⁴¹⁹.

I cambiamenti illustrati in questo elaborato devono quindi essere considerati in una logica di lungo periodo e non limitati al superamento dell'emergenza sanitaria.

Come visto nel primo capitolo di questo elaborato, affinché si realizzi l'apprendimento dell'organizzazione è necessario che gli individui apprendano dall'ambiente e trasferiscano ciò che hanno appreso all'interno dei processi decisionali. Questo sottolinea il ruolo fondamentale degli individui, quali attori che devono interpretare i segnali provenienti dall'ambiente per poter poi generare apprendimento e, dunque, apportare i cambiamenti necessari nelle strategie organizzative in una logica di lungo periodo.

Per comprendere e sistematizzare le lezioni apprese dalla crisi pandemica sulle strutture sanitarie e non lasciare alcuno spazio alle spinte, sempre possibili, al ripristino dello *status quo ante*⁴²⁰ e, dunque, affinché i cambiamenti illustrati in questo elaborato possano concretamente realizzarsi è necessario, oltre a collocarli all'interno di una visione d'insieme, un rinnovamento culturale. I cambiamenti,

⁴¹⁹ Battistoni. F, Zandonai. F (2020), *Covid-19: opportunità di trasformazione o conferma dello status quo?*, <<Secondo Welfare>>, p. 2.

⁴²⁰ Garofalo. R (2021), *Pandemia: cosa abbiamo imparato sul SSN*, https://www.societaerischio.it/c_id/1399.

soprattutto quelli importanti, non si realizzano da soli, è necessario prima di tutto agire sulle idee e sulla cultura degli attori sanitari, e in generale dell'intera società, in quanto sono appunto gli individui coloro in grado di apprendere affinché le traiettorie di cambiamento possano effettivamente essere portate avanti.

In primo luogo, questo comporta il superamento del paradigma attualmente dominante centrato sull'assistenza e la prestazione al singolo individuo e sull'ospedale di eccellenza, assumendo per l'intera sanità un diverso paradigma, che prenda come riferimento per la promozione e tutela della salute, nelle sue varie componenti, non solo il singolo individuo o paziente, ma una popolazione nel suo insieme, e che programmi e quindi sviluppi una community based approach, un'assistenza comunitaria, presente e forte sul territorio⁴²¹.

La medicina contemporanea si è sviluppata su principi scientifici di tipo meccanicista e riduzionista, ritenendo che per descrivere e predire il comportamento di un sistema complesso come l'organismo umano fosse sufficiente la comprensione e descrizione del funzionamento delle sue parti costitutive, sulle quali intervenire con forme riparatorie. Tale approccio, di cui la Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) è espressione, rischia di perdere di vista il paziente quale individuo con una storia, un nome e un cognome. Questo significa affiancare alla EBM una medicina basata sulla narrazione (NBM). In tale interazione, l'alleanza terapeutica tra medico e paziente diventa parte stessa della cura. Una medicina poggiate, dunque, su quattro pilastri tra loro strettamente interconnessi: predizione, prevenzione, personalizzazione delle cure e partecipazione (di pazienti e medici)⁴²².

Deve essere superato il paradigma patogenico basato su di una concezione di salute come assenza di malattia al fine di adottare il paradigma salutogenico che rappresenta una vera e propria rivoluzione culturale in grado di riorientare nel suo complesso la medicina ed i servizi sanitari.

Questo nuovo paradigma tende a rovesciare il paradigma patogenico nei suoi elementi fondamentali: la malattia non è più percepita come risultante semplicemente dall'attacco di un agente esterno (virus, batterio ecc.) contro cui

⁴²¹ Ranci. E (2020), *Un nuovo paradigma per i servizi sanitari*, <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/>.

⁴²² Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *cit.* alla nota 186, pp. 126-138.

combattere, ma come risultante di uno squilibrio tra fattori interni ed esterni all'individuo e della sua incapacità di gestire in modo resiliente la complessità delle interazioni prodotte da tali fattori. Al contrario, la salute diventa la risultante della resilienza del soggetto che consiste nella sua capacità di trasformare gli eventi critici del corso di vita e i fattori di stress della vita quotidiana in opportunità da saper gestire per produrre salute, la quale non è più considerata semplicemente come uno stato opposto alla malattia, due condizioni dicotomiche, bensì come due polarità interconnesse da un continuum lungo il quale si sviluppa la capacità dell'individuo di trasformare tali eventi in esperienza di apprendimento per produrre benessere.

Con questo nuovo paradigma l'individuo non è più considerato un paziente/utente passivo dell'agire professionale medico, come nel tradizionale paradigma patogenico, ma diventa un co-produttore delle proprie condizioni di salute e un co-autore insieme ai professionisti medico-sanitari di percorsi di cura appropriati. In questo modo, la co-produzione diventa un nuovo modello partecipativo e collaborativo, attraverso il quale, i cittadini e gli erogatori dei servizi si uniscono per definire gli obiettivi, le strategie, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione di un bene o di un servizio pubblico. Di fronte a questo cambio di paradigma, possibili sono le resistenze da parte dei professionisti sanitari, non sempre disponibili a rinegoziare le proprie relazioni di cura con il paziente nella direzione di un maggiore empowerment di quest'ultimo.

La co-produzione consente, oltre al riconoscimento e alla valorizzazione delle risorse e delle competenze esistenti nelle persone, di promuovere relazioni di rete in una logica di community care volta a valorizzare il "capitale sociale" della persona⁴²³.

Affinchè tutto ciò possa effettivamente realizzarsi ritengo che la salute debba essere intesa come risorsa collettiva, vale a dire una dotazione patrimoniale di appartenenza comunitaria che implica una responsabilità diffusa, anche nei riguardi delle prossime generazioni⁴²⁴.

Allo stesso tempo, l'effettiva integrazione tra ospedale e territorio necessita del passaggio dal principio di hosting, secondo il quale al centro dell'organizzazione

⁴²³ Ibidem.

⁴²⁴ Ibidem.

dell'assistenza sanitaria si colloca l'idea di curare la malattia, al principio di case management per cui l'idea centrale diventa farsi carico del malato⁴²⁵.

È necessario un passaggio culturale dal modello di welfare state, ereditato dal recente passato, al modello di welfare society ovvero di welfare di comunità. Se da un lato il welfare state si basa sull'idea che debba essere lo Stato (e gli altri enti pubblici) a farsi carico del welfare avendone l'esclusiva titolarità, dall'altro, il modello di welfare society si poggia sull'idea che sia l'intera società, di cui lo Stato è parte essenziale, a prendersi cura del benessere delle persone.

Il modello di welfare state, ad oggi, non è più sostenibile in quanto esso ha finito per deresponsabilizzare il cittadino: se è lo Stato a prendersi cura delle persone è chiaro che le libere espressioni della società civile si vedano scavalcate. Per tale motivo è fondamentale realizzare il passaggio al modello di welfare society⁴²⁶.

La cultura deve essere posta al centro delle strategie future di resilienza trasformativa. Cultura di qualità, sia nel mondo dei media che negli altri settori, quali la scuola e le università, troppo centrate su obiettivi di tipo acquisitivo e di preparazione professionale, e troppo poco sulla formazione della persona e sulla promozione di relazionalità generativa, di condivisione e di solidarietà⁴²⁷.

La transizione tecnologica e quella sanitaria, da modelli analogici a digitali, dalle cure passive al ritorno della medicina di iniziativa determinano la necessità da un lato, di porre attenzione sulla cosiddetta public service motivation e, dall'altro, di lavorare su un'adeguata formazione, dunque, su un sistema di competenze di base, avanzate, trasversali, che siano adeguate, dinamiche e in aggiornamento continuo⁴²⁸.

Il coinvolgimento della comunità (dalle famiglie, alla Scuola, dal Terzo Settore ai sistemi sanitari) richiede un investimento sulla comunicazione e sull'educazione sanitaria. La comunicazione rappresenta un'abilità e una risorsa dell'Organizzazione Sanitaria essenziale per la gestione di eventi di sanità pubblica. Affinchè si realizzino i cambiamenti è necessario avviare una comunicazione efficace circa i motivi per cui essi siano così importanti per il

⁴²⁵ Ibidem.

⁴²⁶ Caporale. C, Pirmi. A (a cura di) (2020), *cit.* alla nota 418, p. 37.

⁴²⁷ *Ivi*, pp. 52-53.

⁴²⁸ Busilacchi. G [et al.] (2021), *cit.* alla nota 15, p. 134.

rilancio del SSN e di come tali cambiamenti, andando a beneficio delle strutture sanitarie, si ripercuoteranno in maniera positiva sulla salute di tutti gli individui. È quindi necessario che l'intera società sia convinta dell'importanza di ristrutturare il SSN. A tal fine occorre anche agire sul campo dell'educazione sanitaria. Si tratta di un intervento sociale, che tende a modificare consapevolmente e durevolmente i comportamenti nei confronti dei problemi della salute, favorendo l'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini⁴²⁹.

La finestra di opportunità generata dal Covid-19 rimarrà aperta per parecchi mesi ma questo non significa che il mutamento sarà semplice. Bruno Dente, infatti, sostiene che sono necessari almeno tre elementi⁴³⁰:

1) Leadership/imprenditore di policy

I cambiamenti di paradigma si basano su leader in grado di orientare le scelte nonostante opposizioni e resistenze presentando le loro politiche come una rottura con il passato.

Una trasformazione radicale necessita di un soggetto individuale o collettivo in grado di attivare una coalizione ampia capace di rovesciare le scelte inerziali e il mantenimento dello status quo. Occorre, dunque, che a livello nazionale e/o regionale emergano leader politici, istituzionali e professionali in grado di guidare il cambiamento.

2) Narrativa alternativa

È poi importante, al fine di riuscire a compiere la trasformazione, imporre una narrativa alternativa rispetto a quella dominante. Un esempio significativo risale a quando la stampa riportava sui giornali che gli eroi e i martiri della pandemia erano stati gli operatori ospedalieri. A tal proposito, il Corriere della Sera del 3 aprile riportava il seguente titolo: “Salgono a 73 i medici morti in corsia”. In realtà, però, la grande maggioranza ha coinvolto i medici di base e i pensionati. Il messaggio però era molto chiaro: l'epidemia si combatte negli ospedali. I giornali

⁴²⁹ Ricciardi. W, Poscia. A (2018), *Educare alla salute e all'assistenza*, <https://www.apirenetwork.it/2018/08/12/cap-1-promozione-della-salute-educazione-alla-salute-ed-educuzione-terapeutica-obiettivi-e-stato-dellarte/#:~:text=Antonio%20Seppilli%20nel%201958%20definiva,confronti%20dei%20problemi%20della%20salute.>

⁴³⁰ Dente. B (2020), *Dopo il Coronavirus. Che fare del sistema sanitario? Ovvero le possibili conseguenze strutturali dell'epidemia*, [https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/.](https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/)

hanno infatti attribuito una maggiore attenzione alla costruzione di nuove strutture (dal reparto del San Raffaele, all'ospedale in Fiera realizzato in due settimane, al Corriere che il 13 aprile riportava "Napoli meglio di Wuhan: in 30 ore costruito il reparto Covid") rispetto all'attivazione dell'assistenza domiciliare tramite le USCA.

In riferimento a tale esempio, imporre una narrativa alternativa significa che il paradigma ospedaliero deve essere invertito evidenziando come le nuove tecnologie rendano l'assistenza domiciliare migliore in assoluto, di come l'assistenza domiciliare consenta di raggiungere gruppi della popolazione altrimenti a rischio di esclusione e di come essa contribuisca a decongestionare gli ospedali. Se non si riesce a restituire glamour all'assistenza di base, le speranze di invertire il paradigma attuale sono molto scarse.

3) Progetto

Infine, bisogna sottolineare quali sono i vantaggi di una radicale ristrutturazione del servizio sanitario. Se l'unico obiettivo dei cambiamenti fosse la risposta alla prossima pandemia allora il cambio di paradigma sarebbe sicuramente poco probabile.

Mai nella sua storia il SSN ha subito uno shock rilevante come il Covid-19, mai ha registrato delle svolte decisionali ed operative così rapide e profonde, mai si è trovato a dover investire così tante risorse per il ripensamento strutturale delle proprie logiche di offerta⁴³¹.

La pandemia da Covid-19 ha mostrato come la sanità vada considerata come parte essenziale del nostro sistema produttivo e di ricerca. La tutela della salute è un investimento fondamentale ed è la preconditione per lo sviluppo economico, come abbiamo imparato dal Covid-19. La sanità non deve essere un settore generatore di spese ma un investimento per la crescita. Questo implica la responsabilità politica di saper inserire nella vision sul futuro del SSN, il perseguimento di un coordinamento stretto fra Ministero della Salute e gli altri dicasteri, a iniziare dallo Sviluppo Economico e a seguire con l'Ambiente: la

⁴³¹ Cergas-Bocconi (a cura di) (2020), *Rapporto Oasi 2020, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/5_OASI2020.pdf.

Salute deve diventare un elemento fondante di tutte le politiche⁴³².

Sembra dunque sia maturata una nuova consapevolezza nell'opinione pubblica sul fatto che la salute sia condizione necessaria per lo sviluppo economico. Una domanda però sorge spontanea: quanto durerà questa consapevolezza?

Abbiamo un'opinione pubblica che non brilla per memoria storica⁴³³.

La sanità è rimasta indietro nell'agenda del Governo italiano rispetto a ciò che andava fatto. Tuttavia, dato che viviamo in democrazia, bisogna evitare di dare la colpa solo alla politica. In democrazia funziona un principio di competizione/collaborazione che si basa sulla domanda di interventi (politiche) da parte di cittadini, imprese e società civile e sull'offerta di interventi da parte di partiti e governi. Se la sanità non ha ottenuto un ruolo importante nell'agenda del Governo nell'ultimo ventennio, è stato sicuramente per miopia della politica ma anche per scarsa attenzione di cittadini, imprese e società civile, anche essi abbastanza miopi da non mettere la sanità ai primi posti delle loro richieste ai partiti. Per tale motivo, oltre ad avere una classe politica adeguata, è necessario che la società civile si mobiliti concretamente per porre la sanità pubblica al centro delle domande di tutela fatte alla politica⁴³⁴.

Bisogna scongiurare il rischio che, una volta passata la pandemia, altre emergenze occupino il centro dell'arena politica e l'attenzione rispetto alla sanità cali lentamente. Se non vi sarà sufficiente attenzione nei prossimi mesi e addirittura anni, rispetto a tale tema, possiamo aspettarci che i cambiamenti qui illustrati non avranno effettivamente seguito⁴³⁵.

⁴³² Botta. A (2021), *cit.* alla nota. 359, pp. 48-53.

⁴³³ Ibidem.

⁴³⁴ Pavolini. E (2020), *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro*, <<La Rivista delle Politiche Sociali>>, https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/06/La-sanit%C3%A0-italiana-di-fronte-alla-crisi-del-coronavirus_Pavolini.pdf.

⁴³⁵ Ibidem.

BIBLIOGRAFIA

- Baldi. B, Profeti. S (2020), *Le fatiche della collaborazione. Il rapporto stato-regioni in Italia ai tempi del COVID-19*, <<Rivista italiana di Politiche Pubbliche>>, n. 3/2020, pp. 277-292.
- Balduzzi. R (2020), *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, <<Amministrazione In Cammino>>, p. 3.
- Battistoni. F, Zandonai. F (2020), *Covid-19: opportunità di trasformazione o conferma dello status quo?*, <<Secondo Welfare>>, p. 2.
- Benevento. E (2019), *Il diritto alla salute e le evoluzioni delle politiche sanitarie*, <<Cammino diritto>>, n. 2, pp. 2-4.
- Blanchet. K, Nam. S.L, Ramalingam. B [et al.] (2017), *Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework*, <<International Journal of Health Policy and Management>>, 6(8), pp. 431-435.
- Botta. A (2021), *Oltre l'emergenza COVID-19. L'evoluzione del nostro Servizio Sanitario Nazionale*, <<The Journal of AMD>>, Vol. 24, n. 1, p. 48.
- Bouckaert. G, Van Hecke. S, Galli. D [et al.] (2020), *European Coronationalism? A hot spot governing a pandemic crisis*, <<Public Administration Review>>, Vol. 80, Iss. 5, pp. 765-773.
- Busilacchi. G [et al.] (2021), *L'emergenza Covid-19 come stress test per la sanità italiana*, <<La Rivista delle Politiche Sociali>>, n. 2/2021, p. 7.
- Capano. G, Toth. F (2022), *Thinking outside the box, improvisation, and fast learning: Designing policy robustness to deal with what cannot be foreseen*, <<Public Administration>>, pp. 1-2.
- Caporale. C, Pirni. A (a cura di) (2020), *Pandemia e resilienza. Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19*, <<Consulta scientifica del Cortile dei gentili>>, pp. 33-34.

Cartabellotta. N [et al.] (2021), *Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021. Impatto della pandemia Covid-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, Fondazione GIMBE: Bologna, p. 2.

Casula. M, Terlizzi. A, Toth. F (2020), *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, <<*Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*>>, Fasciolo 3, dicembre 2020, pp. 330-333.

Christensen. T, Danielsen. O.A, Laegreid. P [et al.] (2016), *Comparing coordination structures for crisis management in six countries*, <<*Public Administration*>>, VOL. 94, NO. 2, pp. 316–332.

Ciardo. C (2020), *Il servizio sanitario nazionale alla prova dell'emergenza Covid-19: il rischio di una sanità disuguale*, <<*Rivista di BioDiritto*>>, n. 2/2020, pp. 235.

Curtale. F (2020), *C'era una volta il Piano pandemico*, <<*Salute internazionale*>>, pp. 1-7.

Di Giulio. M (2020), *Per non sprecare una crisi*, <<*Il Mulino*>>.

Dirindin. N (2020), *Le politiche sanitarie alla luce della pandemia*, <<*Il Mulino*>>, Fasciolo 2, luglio-dicembre 2020, pp. 53-54.

Dunlop. C.A, Ongaro. E, Baker. K (2020), *Researching Covid-19: A research agenda for public policy and administration scholars*, <<*Public Policy and administration*>>, n. 35 (4), p. 368.

Dunlop. C.A, Radaelli. C.M (2013), *Systematising Policy Learning: From Monolith to Dimensions*, <<*Political Studies*>>, Vol. 61, n. 3, pp. 603-604.

Galimberti. F, Bonomi. B.S, Tragni. E (2021), *Conseguenze della pandemia di Covid-19 sull'accesso e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie*, SEFAP: Milano, p. 5.

Giannelli. N, *Che cosa abbiamo imparato dalla epidemia del coronavirus?*, <<*La Rivista delle Politiche Sociali*>>.

Giorgi. C (2020), *Le politiche sanitarie italiane, ieri, oggi e domani*, <<Centro per la riforma dello Stato>>.

Gola. M, Donati. D, Tubertini. C (2021), *Diritto e amministrazione della sanità. Approfondimento a.a. 2019-2020. Il SSN alla prova dell'emergenza Covid-19. Profili problematici e prime riflessioni sull'anno della pandemia*, Bologna: Scuola di Specializzazione in studi sull'amministrazione pubblica - Centro di ricerca e formazione sul settore pubblico, p. 70.

Greve. H.R (2020), *Learning Theory: The Pandemic Research Challenge*, <<Journal of Management Studies>>, n. 57, pp. 1759-1762.

Jugl. M (2022), *Administrative characteristics and timing of governments' crisis responses: A global study of early reactions to Covid-19*, <<Public Administration>>, pp. 1-16.

Luiss Business School (a cura di) (2016), *L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto per costruire il servizio sanitario nazionale del futuro*, p. 67-68.

Maciocco. G (2021), *La quarta ondata*, <<Salute internazionale>>, p. 1.

Maino. F (a cura di) (2021), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto Rapporto sul secondo welfare*, Torino: Giappichelli, p. 9.

Mandato. M (2020), *Il rapporto Stato-Regioni nella gestione del Covid-19*, <<Nomos: le attualità nel diritto>>, n. 1/2020, p. 5.

Marchetti. G (2020), *La conflittualità tra governo e regioni nella gestione dell'emergenza Covid-19, i limiti del regionalismo italiano e le prospettive di riforma*, <<Centro studi sul federalismo>>, pp. 4-19.

Marini. R (2006), *Mass media e discussione pubblica. Le teorie dell'agenda setting*, Roma: Laterza.

- May. P.J (1992), *Policy Learning and Failure*, <<Journal of Public Policy>>, Vol. 12, n. 4, pp. 331- 341.
- Merlano. C (2021), *Il riparto di competenze tra Stato e Regioni al tempo della pandemia secondo la Corte costituzionale: il “caso” Valle d’Aosta*, <<Il Piemonte delle Autonomie>>, Anno VIII, n. 1-2021.
- Morelli. A, Poggi. A (2020), *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, <<Diritti regionali>>, n. 2/2020, p. 3.
- Pavolini. E (2020), *La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro*, <<La Rivista delle Politiche Sociali>>.
- Pellegrino. P (2005), *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, working paper n. 62, p. 3 ss.
- Pennini. A, Armellin. G (2021), *L’organizzazione resiliente*, Milano: FrancoAngeli, p. 11.
- Perobelli. E [et al.] (2020), *L’emergenza Covid-19 e l’urgenza di innovazione digitale per il welfare italiano*, <<Secondo Welfare>>, p. 1.
- Pessina. E.A, Longhi. S (2009), *Beveridge vs Bismarck*, <<Salute internazionale>>, p. 1.
- Razzetti. F (2020), *Il Coronavirus e i nervi scoperti del welfare italiano*, <<Secondo Welfare>>, p. 1.
- Recchia. D (2020), *Libertà in trappola: il SSN alla prova della pandemia*, <<Secondo Welfare>>, pp. 1-6.
- Sagan. A. [et al.] (2021), *Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better*, <<European Observatory on Health Systems and Policies>>, n. 56.
- Scaccia. G, D’Orazi. C (2020), *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, <<Forum di Quaderni Costituzionali>>, n. 3/2020, p. 110.

Simon. H.A (2001), *Il comportamento amministrativo*, Bologna :Il Mulino.

Tamburrini. V (2020), *La limitazione dei diritti costituzionali in tempo di pandemia: alcune osservazioni sul carattere fondamentale dell'interesse della collettività alla salute*, <<Diritto e Salute>>, Numero 2 del 2020, pp. 33-39.

Toshkov. D, Carroll. B, Yesilkagit. K (2022), *Government capacity, societal trust or party preferences: what accounts for the variety of national policy responses to the COVID-19 pandemic in Europe?*, <<Journal of European Public Policy>>, 29:7, pp. 1009-1028.

Toth. F, Lizzi. R (2019), *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, <<Il Mulino>>, Fascicolo 2, pp. 297-314.

Trein. P (2017), *Coevolution of policy sectors: A comparative analysis of healthcare and public health*, <<Public Administration>>, pp. 745-751.

Vicarelli. G, Giarelli. G (2021), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19: Problemi e proposte*, Milano: FrancoAngeli, pp. 119-120.

SITOGRAFIA

https://www.repubblica.it/salute/2022/03/14/news/brusaferro_covid_pandemia_sindemia-341325450/.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104949.

<https://fondazionefeltrinelli.it/riflettendo-ai-tempi-del-coronavirus-sei-brevi-riflessioni-sulla-pandemia/>.

<https://www.assidai.it/sanita-pubblica-8-tappe-grande-storia/>.

<https://www.raicultura.it/storia/articoli/2020/04/1978-nasce-il-Sistema-Sanitario-Nazionale-4deb7027-e47d-466b-9a57-0d9ea90d7c8d.html>.

<https://sbilanciamoci.info/sanita-riforme-e-controriforme/#>.

<https://www.salute.gov.it/pianoNazionaleIntegrato2015/dettaglioPianoNazionaleIntegrato2015.jsp?cap=capitolo2&sez=pni-cap2-autoritacompetenti&id=1104>.

https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale#:~:text=56%2F2000%20che%20ha%20previsto,e%20la%20compartecipazione%20all%27IVA.

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=98186.

<https://www.agi.it/fact-checking/news/2020-02-27/coronavirus-sistema-nazionale-ssn-7243927/>.

<https://www.ancescao.it/rubriche/una-finestra-sull-europa/1013-la-sanita-in-italia-a-confronto-con-quella-degli-altri-stati-europei>.

<https://www.saluteinternazionale.info/2009/06/beveridge-vs-bismarck/?pdf=2086>.

<https://istitutoliberale.it/sistemi-sanitari-a-confronto-bismarck-vs-beveridge/>.

<https://www.fatebenefratelli.it/blog/sistema-sanitario-italiano-un-dono-che-fa-la-differenza>.

<https://www.storiadellasicurezzasociale.ch/sintesi/1942>.

<https://www.emergency.it/idee-che-fanno-bene/la-sanita-che-ci-serve/>.

<https://www.ilfoglio.it/salute/2021/03/30/news/1-abuso-della-precauzione-inguaia-i-vaccini-ma-anche-l-economia-2100608/>.

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-onda/?pdf=18847>.

<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>.

<https://www.aibi.it/ita/covid-quinta-onda-luglio-picco/>.

<https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/da-non-perdere/covid-19-cosa-sta-accadendo-in-cina>.

<https://www.rainews.it/articoli/2022/09/cina-violente-proteste-contro-il-metodo-zero-covid-del-governo-7b4e81bc-f95a-4e4b-9c2e-fa6e84cafd12.html>.

<https://www.theinnovationgroup.it/la-risposta-del-ssn-degli-altri-sistemi-sanitari-lemergenza-coronavirus/?lang=it>.

https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/07/Che-cosa-abbiamo-imparato-dalla-epidemia-del-coronavirus_Giannelli.pdf.

<https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/cera-una-volta-il-piano-pandemico/>.

<https://www.pphc.it/sorveglianza-epidemiologica/>.

<https://ilbolive.unipd.it/it/news/cose-cosa-serve-piano-pandemico>.

<https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=722&area=influenza&menu=vuoto>.

<https://www.ilsole24ore.com/art/il-piano-pandemico-bis-non-e-all-altezza-ADCgPYNB>.

<https://www.aogoi.it/notiziario/archivio-news/nuova-bozza-piano-pandemico/>.

<https://ilbolive.unipd.it/it/news/lancet-pandemia-fallimento>.

<https://www.regione.emilia-romagna.it/sede-di-bruxelles/le-politiche-ue/sanita/risposta-alla-crisi-sanitaria-da-covid-19>.

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/ip_22_6363.

<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/protecting-against-cross-border-health-threats/>.

<https://www.consilium.europa.eu/it/policies/protecting-against-cross-border-health-threats/>.

https://ec.europa.eu/info/departments/health-emergency-preparedness-and-response-authority_it.

<https://apre.it/hera-per-prepararsi-alle-crisi-sanitarie-del-futuro/>.

<https://www.nomisma.it/sanita-emergenza-coronavirus/>.

<https://www.pphc.it/sanita-territoriale-da-anello-debole-del-ssn-a-punto-di-partenza-per-migliorare-lassistenza-sanitaria-italiana/>.

<https://www.lentelocale.it/home/sanita-giacomo-crino-si-a-una-maggiore-integrazione-tra-ospedale-e-territorio/>.

<https://forward.recentiprogessi.it/it/rivista/numero-20-avviene/interviste/quantimedici-avremo-nel-2030/>.

<https://www.fpcgil.it/2022/02/02/servono-infermieri/>.

<https://www.dimensioneinfermiere.it/casa-della-salute-cosa-sono-ruolo-infermiere/>.

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=5029&menu=notizie.

<https://www.openpolis.it/parole/che-cose-il-next-generation-eu/>.

<https://www.openpolis.it/parole/cose-il-pnrr-piano-nazionale-ripresa-e-resilienza/>.

https://www.agenziacoesione.gov.it/dossier_tematici/nextgenerationeu-e-pnrr/.

<https://www.fedcp.org/news/che-cosa-e-il-pnrr-e-quali-investimenti-prevede-per-sanita-e-terzo-settore>.

https://blog.osservatori.net/it_it/sanita-digitale-significato-applicazioni.

<https://welforum.it/il-punto/verso-un-welfare-piu-forte-ma-davvero-coeso-e-comunitario/le-case-della-comunita-cosa-prevede-il-pnrr/>.

<https://www.cisl.it/notizie/notizie-societa/notizie-societa-sociale-e-sanita/riorganizzazione-della-medicina-territoriale-pubblicato-il-dm-77-2022-regolamento-recante-la-definizione-di-modelli-e-standard-per-lo-sviluppo-dellassistenza-territoriale-nel-servizio-san/>.

https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5934#:~:text=%22Con%20la%20pubblicazione%20in%20Gazzetta,il%20nostro%20Servizio%20Sanitario%20Nazionale%22.

<https://lineaamica.gov.it/news-e-multimedia/news/d/2022/06/30/pnrr-raggiunti-tutti-gli-obiettivi-del-primi-semester-21-miliardi.>

<https://www.osservatori.net/it/ricerche/comunicati-stampa/sanita-connessa-dopo-emergenza.>

[https://www.periplofamiliare.it/blog/sanita-digitale-dopo-lemergenza-a-che-punto-siamo/.](https://www.periplofamiliare.it/blog/sanita-digitale-dopo-lemergenza-a-che-punto-siamo/)

<http://www.agipress.it/speciali/una-sanita-piu-connessa-dopo-la-pandemia-ma-il-processo-di-digitalizzazione-del-sistema-sanitario-e-ancora-frammentato-e-disomogeneo.html.>

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=100935.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=90129.

<https://www.scienzainrete.it/articolo/pandemia-insegna-quanto-sia-importante-rafforzare-resilienza/marco-rigo-erio-ziglio/2021-04.>

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84802.

https://www.societaerischio.it/c_id/1399.

<https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/.>

<https://www.aprirenetwork.it/2018/08/12/cap-1-promozione-della-salute-educazione-alla-salute-ed-educazione-terapeutica-obiettivi-e-stato-dellarte/#:~:text=Antonio%20Seppilli%20nel%201958%20definiva,confronti%20dei%20problemi%20della%20salute.>

<https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/.>

https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2020/06/La-sanit%C3%A0-italiana-di-fronte-alla-crisi-del-coronavirus_Pavolini.pdf

DOCUMENTI

Balducci. S, *Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale*,

<https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>.

Centre for Global Health Inequalities Research (2020), *La pandemia Covid-19 e le disuguaglianze di salute: non siamo tutti uguali*,

https://eurohealthnet.eu/wpcontent/uploads/publications/2020/201226_factsheet_covid19-inequalities_chain_italian.pdf.

Cergas-Bocconi (a cura di) (2020), *Rapporto Oasi 2020, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*,

https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/5_OASI2020.pdf.

CGIL, *Per un New Deal della Salute*,

https://www.fpcgil.it/wp-content/uploads/2020/10/Position-Paper_Per-un-New-Deal-della-Salute.pdf.

Commissione Salute della conferenza delle regioni e delle province autonome (2022), *Documento programmatico Fabbisogno di personale sanitario*,

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2824009.pdf>.

Coronavirus, fragilità, globalizzazione,

https://archivio.caritas.it/caritasitaliana/allegati/8661/Riflessione_Coronavirus_fragilita_globalizzazione.pdf.

Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 5.

Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 32.

Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 117.

Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 118.

Costituzione della Repubblica Italiana, GU n. 298 del 27 dicembre 1947, Articolo 120.

Decreto, 12 marzo 2021, *Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021*, GU n. 72 del 24 marzo 2021.

Decreto del Ministero della Salute, 23 maggio 2022, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*, GU n. 144 del 22 giugno 2022.

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 29 novembre 2001, *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, GU n. 33 dell'8 febbraio 2002.

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 26 aprile 2020, *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*, GU n. 108 del 27 aprile 2020.

Decreto-legge, 23 febbraio 2020, n. 6, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19*, GU n. 45 del 23 febbraio 2020.

Decreto-legge, 9 marzo 2020, n. 14, *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*, GU n. 62 del 9 marzo 2020.

Decreto-legge, 17 marzo 2020, n. 18, *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*, GU n. 70 del 17 marzo 2020.

Decreto-legge, 16 maggio 2020, n. 33, *Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*, GU n. 125 del 16 maggio 2020.

Decreto-legge, 14 agosto 2020, n. 104, *Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*, GU n. 203 del 14 agosto 2020.

Decreto legislativo, 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, GU n. 305 del 30 dicembre 1992.

Decreto legislativo, 7 dicembre 1993, n. 517, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*, GU n. 293 del 15 dicembre 1993.

Decreto legislativo, 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*, GU n. 165 del 16 luglio 1999.

Decreto legislativo, 18 febbraio 2000, n. 56, *Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133*, GU n. 62 del 15 marzo 2000.

Decreto ministeriale, 2 aprile 2015, n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*, GU n. 127 del 4 giugno 2015.

Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e Istituto Superiore di Sanità (ISS), 5 marzo 2021, *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente anno 2020*,

https://www.istat.it/it/files/2021/03/Report_ISS_Istat_2020_5_marzo.pdf.

Legge, 13 marzo 1958, n. 296, *Costituzione del Ministero della Sanità*, GU n. 90 del 14 aprile 1958.

Legge, 12 febbraio 1968, n. 132, *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*, GU n. 68 del 12 marzo 1968.

Legge, 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, GU n. 360 del 28 dicembre 1978.

Legge costituzionale, 18 ottobre 2001, n. 3, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, GU n. 248 del 24 ottobre 2001.

Legge regionale, 9 dicembre 2020, n. 11, *Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d'Aosta in relazione allo stato di emergenza*, B.U.R n. 69 dell'11 dicembre 2020.

Luzi. E (2019), *Modelli di Sistemi Sanitari e Sistema Sanitario Nazionale*, http://www.diss.uniroma1.it/moodle2/pluginfile.php/14693/mod_resource/content/1/Lezione%20VIII-IX%202020-21%20novembre%202019.pdf.

Ministero della Salute, *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf.

Ministero della Salute, *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, GU n. 77 del 1° aprile 2006, https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=06A0278500100010110001&dgu=2006-04-01&art.dataPubblicazioneGazzetta=2006-04-01&art.codiceRedazionale=06A02785&art.num=1&art.tiposerie=SG.

Ministero della Salute, *Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023*, GU n. 23 del 29 gennaio 2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3005_allegato.pdf.

Ordinanza del Presidente della Regione Calabria, 29 aprile 2020, n. 37, *Disposizioni relative alle attività di ristorazione e somministrazione di alimenti e*

bevande, attività sportive e amatoriali individuali e agli spostamenti delle persone fisiche nel territorio regionale,

<https://www.rcovid19.it/gCloud-dispatcher/c0add6810100-38ab-ae11-85a8-557841b3>.

Ordinanza del Presidente della Regione Marche, 25 febbraio 2020, n. 1, *Misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*, [https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/CORONAVIRUS/Regione%20Marche Ordinanza%20n. 1%20del%2025%20febbraio%202020 COVID-19.pdf](https://www.regione.marche.it/portals/0/Salute/CORONAVIRUS/Regione%20Marche%20Ordinanza%20n.1%20del%2025%20febbraio%202020%20COVID-19.pdf).

Ordinanza della Protezione Civile, 4 agosto 2020, n. 691, *Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*, GU n. 202 del 13 agosto 2020.

Palermo. C, Brescia. A, Rivetti. C (2014), *Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio*, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6319060.pdf>.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza,
<https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

Prepararsi alla prossima pandemia,
https://www.epicentro.iss.it/focus/flu_aviarica/pdf/Prossima_Pandemia.pdf.

Progress Consulting S.r.l, Living Prospects Ltd (2012), *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE: il ruolo degli enti locali e regionali*, p. 49,
<https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/health-systems/health-systems-it.pdf>.

REGOLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO recante modifica del regolamento (CE) n. 851/2004, con il quale si crea un Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Bruxelles, 12 ottobre 2022,
<https://data.consilium.europa.eu/doc/document/PE-82-2021-INIT/it/pdf>.

REGOLAMENTO (UE) 2022/123 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 25 gennaio 2022 relativo a un ruolo rafforzato dell'Agenzia europea per i medicinali nella preparazione alle crisi e nella loro gestione in relazione ai medicinali e ai dispositivi medici, GU L 20/1, del 31 gennaio 2022.

Reimmaginare il futuro,

https://www.novartis.com/it-it/sites/novartis_it/files/2022-03/Reimmaginare%20il%20futuro.pdf.

Riflessioni sul sistema sanitario alla prova del corona virus,

<http://www.osservatorioentilocali.unirc.it/images/documenti/dottrina/fragomeni/riflessioni.pdf>.

Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, in GU C 326/47, del 26 ottobre 2012.

Ufficio parlamentare di bilancio (2019), *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico n. 6 del 2 dicembre 2019, p. 8.

Wagstaff. A (2009), *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence from the OECD*, <<The World Bank>>, Working paper n. 4821.

GIURISPRUDENZA

Corte costituzionale, 1° ottobre 2003, n. 303, GU n. 40 dell'8 ottobre 2003.

Corte costituzionale, 31 marzo 2006, n. 134, GU n. 14 del 5 aprile 2006.

Corte costituzionale, 9 maggio 2013, n. 85, GU n. 20 del 15 maggio 2013.

Corte costituzionale, 6 giugno 2019, n. 137, GU n. 24 del 12 giugno 2019.

Corte costituzionale, 12 marzo 2021, n. 37, GU n. 11 del 17 marzo 2021.

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla fine del mio percorso universitario ci tengo a ringraziare chi davvero ne ha fatto parte.

Come prima persona, vorrei ringraziare il mio relatore, il Professor Marco Di Giulio, per i suggerimenti, le correzioni, la fiducia e il sostegno che mi ha dimostrato in questi mesi.

Successivamente, ringrazio le persone più importanti della mia vita: mio padre Luciano, mia madre Claudia, mia sorella Valentina e il mio fidanzato Fabio.

Grazie per il supporto, per l'amore e per essere sempre stati al mio fianco.

Questa tesi la dedico a Voi.

Infine, ringrazio le mie due compagne di università nonché amiche, Beatrice e Anita: grazie per avermi accompagnato in questi cinque anni di studio, pianti, felicità e soddisfazioni. Mi auguro che il nostro rapporto non cambi mai.

Con infinita gratitudine,

Aracelli