

CAPITOLO XVI

La risposta del Servizio Sanitario Nazionale di fronte alla pandemia da Covid-19. Riflessioni e proposte a partire dal caso lombardo

di Michele Marzulli e Luca Pesenti*

Verso un sistema della salute responsabile

L'epidemia globale di Covid-19 scoppiata all'inizio del 2020 ha messo al centro del dibattito diverse tematiche in termini di sistema salute: innanzitutto, l'impreparazione del Servizio Sanitario Nazionale ad affrontare un evento ritenuto improbabile, in considerazione della transizione epidemiologica; ma anche la convinzione che la causa di questa impreparazione sia da ricercare nella frammentazione del SSN in tanti sottosistemi regionali e provinciali. È emerso quindi il convincimento che sia possibile rispondere meglio a crisi di questo tipo ricentralizzando il sistema salute o semplicemente incrementando il finanziamento pubblico del SSN. Partendo anche da quanto successo in Lombardia, è invece possibile proporre una riflessione meno semplicistica che si concentri sui fattori di crisi emersi in questi mesi e sulle loro possibili soluzioni a partire da alcune fratture sociali su cui forse non si è riflettuto a sufficienza: lo sviluppo adeguato del rapporto tra sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra distretti e comunità locali, tra sistema salute e sistema sociale nel suo insieme. Non si tratterebbe quindi solo di ripensare la governance sanitaria quanto di mettere al centro di essa le relazioni sociali dentro le comunità.

Parole chiave: salute, sistemi sanitari regionali, governance socio-sanitaria, Covid-19, Lombardia;

Sommario: 1. Lo sviluppo dell'epidemia Covid-19 in Lombardia. – 2. Evoluzione del servizio sanitario in Lombardia e il fronteggiamento dell'emergenza. – 3. Uno scenario per la salute nei prossimi anni.

* Luca Pesenti è Professore associato di sociologia generale, Facoltà di Scienze Politiche e Sociali, UCSC; Michele Marzulli è Assegnista di ricerca, Facoltà di Scienza Politiche e Sociali, Università Cattolica del Sacro Cuore.

1. Lo sviluppo dell'epidemia Covid-19 in Lombardia

Il sistema sanitario lombardo ha dovuto affrontare nel marzo 2020 uno *stress test* di portata assolutamente eccezionale. La pandemia da Covid-19 in Italia ha infatti interessato – come noto – inizialmente l'ospedale di Codogno, per poi propagarsi con una notevole velocità in altre aree della regione (Cereda et al, 2020). L'esordio ha avuto la particolarità di verificarsi con un epicentro ospedaliero: tale elemento (riscontrato in seguito anche in altre aree, tra cui soprattutto la provincia di Bergamo) viene ritenuto essenziale per spiegare la rapidità dell'evoluzione epidemica, nonché la difficoltà del sistema sanitario nel controllarne l'evoluzione (Bruni e Rossi, 2020).

I numeri di questa epidemia, e in particolare l'elevato numero di vittime (giunte a sfiorare le 17.000 unità alla fine di settembre, contribuendo in questo modo per oltre il 40% al totale di morti registrati in Italia), hanno destato una certa impressione nell'opinione pubblica, contribuendo alla nascita di un dibattito molto acceso sull'effettiva capacità del SSR lombardo di fronteggiare un'emergenza di questa portata. È sembrata in particolare essere messa in discussione la natura di "eccellenza" storicamente vantata dalla sanità lombarda (Mauri, Satolli, Valetto, 2010¹; Lucchina e Zangrandi, 2011) e in buona parte confermata dai dati, che pongono la Lombardia stabilmente tra le regioni in cui è stato complessivamente sviluppato un sistema sanitario di elevata qualità (insieme a Emilia-Romagna, Toscana e Veneto). Per questo da più parti si è posto il tema dei motivi per cui un SSR "virtuoso" per sostenibilità economica ma non solo – come mostrano ad esempio D'Angela, Polistena e Spandonaro, 2019: 21 – si sia trovato del tutto impreparato di fronte all'emergenza.

¹ Con una efficace sintesi delle sue principali caratteristiche, che la rendono *unicum* nel panorama nazionale, fino ai primi anni del Duemila, il SSR viene descritto in questo termini: "Una storia gloriosa e una realtà eccellente che pongono la Regione, con Milano, in una posizione di leadership [...] La regione Lombardia, come sempre all'avanguardia, ha dato una risposta originale e molto efficace [...] con la legge n. 31 del 1997, che per prima ha messo al centro del sistema la persona e la libertà di scegliere dove e da chi farsi curare, introdotto la competizione tra le diverse strutture sanitarie, accreditandole senza distinzione tra quelle di diritto pubblico e quelle di diritto privato [...], separato gli acquirenti dai fornitori di prestazioni e il momento della somministrazione delle cure da quello dei controlli" (Ivi: 7-8).

Molta parte della discussione si è concentrata sulla storica scelta lombarda di costruire un sistema misto pubblico-privato, governato sul modello dei “quasi mercati” anglosassoni (Le Grand, 1991), in linea con i meccanismi di regolazione orientati al *New public management* (Pavolini, 2012). Si tratta tuttavia, a nostro avviso, di un argomento poco significativo nell’ambito di questa discussione. Sembra piuttosto interessante approfondire altri elementi, che attengono all’organizzazione complessiva del sistema di cure primarie e secondarie. Ci pare in particolare che una possibile ragione di quanto accaduto possa risiedere nel modello organizzativo della salute (e quindi nel modello di *governance* prevalente), centrato sull’effettiva qualità delle cure secondarie (in particolare orientato sui grandi centri ospedalieri) a discapito delle cure primarie, territoriali e di comunità. Una caratteristica che la Lombardia condivide per altro con gran parte delle molteplici articolazioni del nostro SSN², in cui è visibile una crescente spinta a concentrare l’attenzione sulla cronicità e sullo sviluppo di grandi *hub* ospedalieri a elevata specializzazione (Bruni e Rossi, 2020), riducendo l’impegno sulla medicina di base, quindi sulla prevenzione che trova espressione più nel territorio che nei grandi nosocomi (Corte dei conti, 2020).

2. Evoluzione del servizio sanitario in Lombardia e il fronteggiamento dell'emergenza

Se si analizzano i dati con la dovuta profondità, la Lombardia raggiunge livelli di eccellenza soprattutto in alcuni settori della salute, ma non in tutti. In termini di *outcome* presenta performance elevate per speranza di vita e tassi di mortalità (Polis Lombardia, 2019: 29 e ss.): l’indice composito delle performance pone la Lombardia al di sopra della media italiana ma anche di economie avanzate come Svezia, Francia, Gran Bretagna e Germania. Una delle spiegazioni di questi risultati (ma certamente non l’unica, e forse neppure la più rilevante come segnalato ad esempio da Mapelli, 2012) risiede certamente nella maggiore disponibilità economica della regione che arriva a coprire il 61% della spesa relativa ai LEA (Level-

² La Corte dei Conti ha rilevato come a una riduzione dei posti letto ospedalieri, soprattutto nei piccoli nosocomi più legati alle aree remote, non ha fatto da contraltare una adeguata crescita delle cure territoriali a partire dalla riduzione della medicina generale (MMG e PLS) (Corte dei conti, 2020).

li essenziali di assistenza) con proprie capacità impositiva, contro, per esempio, il 7% della Calabria (Giarelli, 2019). Ma i motivi della buona performance complessiva del sistema lombardo risiede in modo più deciso sulle capacità di *governance* e sulle caratteristiche di contesto. Ricerca e innovazione rappresentano ad esempio elementi di eccellenza: qui si trova il 20% di tutti gli IRCCS italiani, in maggioranza di tipo privato o con impianto giuridico ibrido (Fondazioni) e quindi anche di una offerta di servizi sanitari di buon livello, con una disponibilità di sanità accreditata al SSN che non ha paragoni nel panorama nazionale (Mauri, Satolli, Valetto, 2010).

Il sistema delle cure secondarie (ospedaliere) non sembra dunque poter essere messo in discussione. Eppure proprio in questi livelli di eccellenza può essere rintracciata una possibile spiegazione della strategia *congiunturale* di fronteggiamento dell'epidemia. Uno dei temi più discussi è infatti rinvenibile nella "ospedalizzazione" della crisi Covid-19 nella sua fase di esordio, che ha di fatto indirizzato gran parte dei pazienti verso le strutture ospedaliere anche con l'edificazione di strutture più o meno temporanee (come quella presso l'ospedale San Raffaele di Milano e il nuovo e sottoutilizzato ospedale presso i padiglioni della Fiera di Milano) oppure verso le RSA. La domanda principale che a nostro avviso ci si deve porre è come mai non si sia deciso di seguire altre strade, come fatto per es. in Veneto o Emilia Romagna, cioè il fronteggiamento dell'emergenza attraverso le cure di territorio. Considerando all'interno di questo tema anche il ruolo dei fondamentali *gatekeeper* verso le cure secondarie, ovvero i Medici di medicina generale (MMG), che hanno aperto un duro confronto con la Regione sentendosi da essa "abbandonati"³.

Per comprendere che cosa sia successo è allora importante provare a introdurre una prima distinzione: nel caso lombardo, ma non solo, all'eccellenza delle cure secondarie e ospedaliere sembra non corrispondere un'altrettanto buona risposta delle cure primarie e di territorio. Un'evidenza che chiama in causa, in termini di *governance* multilivello, non solo la responsabilità centrale ma anche quella locale e intermedia.

La lettura del nuovo sistema di valutazione delle performance dei SSR sperimentata dal Ministero della Salute può in questo sen-

³ In una comunicazione resa pubblica dall'Ordine regionale dei medici, la FROMCeO lamentava che la Regione avesse lasciato il territorio "vergognosamente solo", "abbandonato a se stesso" (lettera FROMCeO, 23/3/2020).

so aiutarci a comprendere meglio il panorama nazionale. Si tratta del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'attuazione dei LEA: uno strumento più raffinato rispetto al sistema precedente perché permette analisi più circostanziate.

La Lombardia nel 2018 risultava al quinto posto su 16 Regioni a statuto ordinario nella classifica LEA, mentre nel modello NSG mostra performance inferiori rispetto ad altri contesti con cui può essere confrontata, proprio con particolare riferimento alla sanità di territorio. Il NSG infatti distingue il raggiungimento dei LEA in tre aree differenti (prevenzione, ospedaliera, distrettuale) ed è proprio in quest'ultima che la Lombardia non presenta performance di eccellenza.

Dal punto di vista della programmazione (Piano Socio Sanitario Regionale) le indicazioni della letteratura segnalano come non sia mai stata particolarmente sviluppata: dopo una pausa di dieci anni è stata solo di recente trasformata in un piano quinquennale non ancora operativo⁴. Dopo la soppressione delle ASL e la loro sostituzione con le ATS nel 2015⁵, la Lombardia avrebbe dovuto sviluppare un ampio sistema di presidi territoriali, costituito da ospedali di comunità e centri di cura a bassa soglia (denominati PreSST e POT), proprio per evitare accessi ospedalieri inappropriati e per avvicinare il sistema ai territori (in questo senso anche l'istituzione di un servizio di infermieristica di famiglia o di comunità avrebbe dovuto essere funzionale a questo scopo⁶). Di tutto questo, però, dopo cinque anni ancora non è possibile dire quanto sia stato realizzato nei fatti (Noli, 2019): i PreSST per esempio sono solo 13 sui quasi 100 che avrebbero dovuto essere costituiti.

Una delle possibili conseguenze di questa carenza è legata proprio al noto caso delle RSA (Arlotti e Ranci, 2020; ISS, 2020). L'analisi della situazione della popolazione anziana che necessita di presa in carico mostra grandi differenze regionali, corroborando l'ipotesi che in tempi recenti in Lombardia sia prevalso un modello

⁴ Nel mese di giugno 2020 la Giunta ha rinviato l'approvazione del nuovo Piano. In Lombardia quindi in questo momento vige il Piano 2010-2014 in regime di proroga. Un piano non costruito intorno al biennio che precede l'anno 2010 per rispondere alla domanda di salute che in quel periodo era considerata rilevante. Cfr. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/istituzione/direzioni-general/direzione-generale-welfare/piano-socio-sanitario-regionale>.

⁵ Il riferimento è al nuovo sistema regionale della salute costituito con le L.R. n. 15 del 11/08/2015.

⁶ Cfr. Marzulli, 2017.

che tende a istituzionalizzare la domanda, anziché attivare risorse comunitarie. La Tabella 1 mostra come la Lombardia abbia una percentuale di anziani assistiti al domicilio (ADI) molti inferiore rispetto a Veneto ed Emilia Romagna (e inferiore anche alla media nazionale), e specularmente un tasso di anziani in RSA ampiamente superiore.

Tabella 1 – Indicatori dell’assistenza territoriale ad anziani e disabili, anno 2018; *2017

Regione	Anziani assistiti in ADI (%)	Posti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali (tasso per 1000 residenti)
Lombardia	2,5	31,8
Veneto	3,5	21,9
Emilia-Romagna	3,6	15,3
Italia	2,8*	14,7*

Fonte: Corte dei Conti, 2020:358; estratto

2.1 Cosa ha insegnato la pandemia (in Lombardia e altrove)

Al contrario, l’integrazione delle politiche (e quindi soprattutto quella tra sociale e sanitario che avviene nei territori) appare chiaramente come una risposta più adeguata ai mutamenti della società. L’epidemia, proprio a causa della sua improvvisa emergenza, ha mostrato come non sia sufficiente fornire risposte puntuali al singolo paziente, quanto al suo contesto familiare e comunitario (per es. l’isolamento e il tracciamento). La risposta più adeguata avrebbe dovuto insomma prevedere una logica *community centered*, piuttosto che *patient centered*. Andando quindi nella direzione opposta rispetto a una delle tendenze di lungo periodo che hanno riguardato non soltanto il sistema sanitario lombardo, ma più in generale l’intero SSN (pur con qualche eccezione, come probabilmente segnalato dalla differente esperienza intrapresa nel contesto veneto). È esattamente questo che sottolineano alcuni clinici in un contributo che ha avuto una certa risonanza (Nacoti et al., 2020): l’esperienza bergamasca dimostra che l’epidemia non riguardava esclusivamente il sistema sanitario, ma il *sistema sociale* nel suo complesso. Non c’era solo bisogno di infettivologi o virologi: sono state le comunità a essere colpite, e quindi era la comunità che necessitava di assistenza. I medici, nel loro appello, facevano quin-

di esplicito riferimento alla necessità del contributo di scienziati sociali, cioè di quella che in altro contesto è stata definita come *integrazione condivisa*: “Lavorare in un’ottica di integrazione richiede quindi: a) ricomposizione della frammentazione delle risposte ai bisogni, b) attenzione alla persona nella sua globalità, c) concezione del benessere come condizione di salute complessiva dei cittadini, d) capacità di dare risposte unitarie ai bisogni complessi degli utenti” (Cesareo, Pavesi, 2019: 210).

E l’integrazione tra il sociale e il sanitario, che si esplica nell’assistenza territoriale, assume un grandissimo valore aggiunto perché non solo migliora gli *outcome* di salute ma perché garantisce anche la sostenibilità del sistema (Osservasalute, 2019: 423).

3. Uno scenario per la salute nei prossimi anni

Al di là delle peculiarità regionali, la vicenda Covid-19 in Lombardia segnala in modo evidente alcune tendenze che non sono specifiche del solo SSR esaminato. Come è stato rilevato da molti osservatori (Toth, 2014), le disuguaglianze territoriali in termini di salute non sono una novità e soprattutto il *divario* tra Nord e Sud del paese rende quello che è successo nella regione più ricca un campanello di allarme per tutti i SSR.

Appare importante infatti inserire la riflessione sul caso specifico (ed eccezionale) in un contesto sistemico che può essere così caratterizzato (Corte dei Conti, 2020; Fondazione GIMBE, 2019):

- riduzione delle risorse economiche del SSN
- riduzione del personale e suo invecchiamento
- incremento delle risorse sulla medicina specialistica e ad alto contenuto tecnologico
- riduzione delle risorse per la medicina di base e territoriale
- riduzione delle risorse nella prevenzione e promozione della salute
- incremento della spesa diretta dei cittadini.

Per ragioni di spazio si daranno per sommi capi alcune tendenze di carattere generale, ma in linea di massima possiamo ricordare alcuni dati:

- nel periodo 2010-2019 tra tagli e definanziamenti il SSN ha perso circa 37 MLD euro in valori assoluti e il Fondo sanitario nazionale è stato incrementato solo dello 0,15% al di sotto cioè del tasso di inflazione

- sempre a causa della scarsità di risorse i nuovi LEA (fermi al 2001) sono stati approvati ma non ancora finanziati
- dal 2012 al 2017 i MMG sono diminuiti di alcune migliaia di unità (-3,8%) così pediatri (-0,9%) e guardia medica (-2,8%), ma soprattutto sono “invecchiati”: il 73% è in servizio da più di 27 anni
- secondo i rappresentanti degli infermieri oggi in Italia ne mancherebbero 53.000
- nel solo periodo 2012-2017 la spesa *out of pocket* delle famiglie è passata dal 24% della spesa totale al 26%.

Non potendo entrare nel dettaglio di tutti questi dati, si può però provare ad avanzare una proposta di riforma del sistema sanitario che parta da un principio: la salute non è una condizione statica e permanente, ma processuale, caratterizzata da una forte variabilità nelle diverse fasi del corso di vita. Essa inoltre può essere intesa come risultante da una multiformità di aspetti che non esigono la perfetta condizione di benessere psichico, fisico e sociale (come recitava la vecchia definizione dell’OMS) ma che è compatibile anche con la presenza di condizioni parzialmente invalidanti anche di tipo cronico (Marzulli, 2015). Vista in questo senso, la salute intesa come benessere individuale e della comunità è un obiettivo che può essere raggiunto solo facendo riferimento a una molteplicità di aspetti di cui quelli sanitari costituiscono solo una parte.

Come dimostrato durante la pandemia, la cura – intesa come presa in carico responsabile della persona e non solo cura specifica della patologia – si sostanzia nel territorio inteso come comunità.

Da una parte occorre valorizzare le sperimentazioni di interventi sanitari più flessibili e multidimensionali, con più attenzione alle cure domiciliari e all’utilizzo delle nuove tecnologie (telemedicina). Dall’altra è importante rivedere un’impostazione che rischia di essere individualistica (“incentrato sul paziente”), rivolgendosi a un modello incentrato sulle relazioni sociali e quindi sulle comunità. Ciò che in sociologia medica è definito *care in the community*, e soprattutto *by the community*: non solo bisogna portare i servizi nella comunità ma anche aiutare la comunità a essere attore, protagonista dei processi di cura (Giarelli e Venneri, 2015; Twelvetrees, 2006). L’attivazione capacitante, una delle opzioni fondamentali del paradigma del “welfare responsabile”, significa capire come le comunità locali siano portatrici di risorse e non solo origine dei problemi. La responsabilizzazione dei soggetti sociali è la strada

che può permettere di passare da un modello assistenzialista, a un modello che attiva le capacità delle comunità.

Bibliografia

- Arlotti, M., Ranci, C., *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?*, in «InAGE», (2020), consultabile al link: <http://www.lps.polimi.it/?p=3454>.
- Bruni, A., Rossi, P., *L'organizzazione ospedaliera tra passato e futuro*, in Cardano, M., Giarelli, G., Vicareli, G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, Il Mulino, 2020.
- Cereda, D., et alii, *The early phase of COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy*, 2020, disponibile al sito <https://arxiv.org/abs/2003.09320>.
- Corte dei Conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*.
- D'Angela, D., Polistena, B., Spandonaro F., *La misura della Performance dei SSR – VII edizione*, Crea sanità Università di Roma Tor Vergata, 2019.
- Fondazione GIMBE, 2019, *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, consultabile al sito: https://www.rapportogimbe.it/4-Rapporto_GIMBE.pdf.
- Giarelli, G., *Il SSN italiano tra paradossi latenti e sostenibilità problematica*, in Id., Giovannetti, V., *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea. Un'analisi comparata*, Milano FrancoAngeli, 2019, pp. 15-60.
- Giarelli, G., Venneri, E., *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, FrancoAngeli, Milano 2015.
- Gori, C., *Politiche sociali di centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci, 2005.
- Il welfare responsabile alla prova. Una proposta per la società civile*, Cesareo, V., Pavesi, N. (a cura di), Milano, Vita e Pensiero, 2019.
- ISS, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, 2020, consultabile al link: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>.
- Le Grand, J., *Quasi-Market and Social Policy*, in «The Economic Journal», CI, 408 (1991), pp. 1256-1267.
- Lucchina, C, Zangrandi, A., *Il modello sanitario lombardo: un'esperienza di sussidiarietà*, in Brugnoli, A., Vittadini, G. (a cura di), *La sussidiarietà in Lombardia. I soggetti, le esperienze, le policy*, Milano, Guerini e Associati, 2011, pp. 119-130.

- Marzulli, M., *Salute e mutualità nel welfare lombardo*, Milano, FrancoAngeli, 1991.
- Marzulli, M., *Le esperienze di infermieristica di famiglia nelle regioni italiane: Lombardia*, in Cipolla C., Rocco G. (a cura di), *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*, Milano, FrancoAngeli, 2017.
- Mauri, M., Satolli, R., Valetto, M.R. (a cura di), *La salute in Lombardia. Quarant'anni di storia verso il futuro*, Milano, FrancoAngeli, 2010.
- Mapelli, V., *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- Nacoti, M., et al., *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, Journal Article, non issue, in «Catalyst», III, 20 (2020), DOI: 10.1056/CAT.20.0080, consultabile al link: <https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>.
- Noli, M., *PreSST e POT: partirà, la nave partirà...*, in «Lombardia Sociale», 26 settembre 2019, consultabile al link: <http://www.lombardiasociale.it/2019/09/26/partira-la-nave-partira/>.
- Osservasalute – Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2019. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2020.
- Pavolini, E., *Il sistema sanitario italiano alla prova del New Public Management*, in Vicarelli, G. (a cura di), *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Bologna, Il Mulino, 2011, pp. 57-78.
- Polis Lombardia, *Rapporto Lombardia 2019*, Milano, Guerini e Associati, 2019, consultabile al link: <https://tinyurl.com/waz4ffw>.
- Toth, F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014.
- Twelvetrees, A., *Il lavoro sociale di comunità. Come costruire progetti partecipati*, Trento, Centro Studi Erickson, 2006.