



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in

“ECONOMIA E COMMERCIO”

**La spesa nella sanità in Italia e l'emergenza
COVID-19**

**Healthcare spending in Italy and the
COVID-19 emergency**

Relatore:

Rapporto Finale

di:

Prof.ssa Raffaella Santolini

Silvia Simonetti

Anno Accademico 2019/2020

*Alla mia famiglia
e a chi, in prima linea,
ha combattuto e combatte
il Covid-19*

INDICE

| | |
|--|----|
| Introduzione | 3 |
| Capitolo 1 Il Welfare State..... | 5 |
| 1.1 Un quadro generale..... | 5 |
| 1.1.1 Le prestazioni del Welfare State..... | 6 |
| 1.1.2 Ragioni dell'intervento pubblico..... | 9 |
| 1.1.3 Le funzioni dello Stato..... | 9 |
| 1.2 Storia ed evoluzione del Welfare State..... | 10 |
| 1.3 Dalla crisi al Secondo Welfare..... | 13 |
| Capitolo 2 La spesa nella sanità in Italia e l'emergenza Covid-19..... | 17 |
| 2.1. La spesa nel contesto pre-COVID-19..... | 17 |
| 2.2.2 La Sanità in Italia nello scenario COVID-19..... | 23 |
| Conclusioni..... | 28 |
| Bibliografia | 30 |
| Sitografia | 32 |

INTRODUZIONE

Ad oggi si può ufficializzare il periodo a cui risalgono, in Italia, i primi casi di persone positive a SARS-CoV-2 (COVID-19): già da Dicembre 2019. Ma solo a Gennaio 2020 si è realmente scoperta la causa dell'aumento smisurato di polmoniti in terapia intensiva¹. Si tratta di un virus sviluppatosi a Wuhan, città situata nella zona centrale della Cina e che si è diffusa nel resto del mondo innescando una grave crisi economica e mietendo numerose vittime. Il Governo italiano inizia ad attuare da Gennaio 2020 differenti misure per contenere il problema. Inizialmente la zona più colpita è la Lombardia ma poco dopo l'intera Italia si vedrà coinvolta in questa emergenza sanitaria, che si è trasformata anche in emergenza economica e sociale. Si parla della più grande crisi dopo quella finanziaria avvenuta nel 2008.

Partendo da tali premesse, tentativo specifico di questo studio sarà chiedersi in quale misura e in quali termini effettivamente il Welfare State italiano, che ormai da anni assiste i cittadini, sia stato d'aiuto e in grado di affrontare in maniera incisiva questo fenomeno pandemico rappresentato dal COVID-19.

La tesi si articola in due capitoli. Nel primo capitolo si affronterà il tema del Welfare State in termini generali: le prestazioni, le ragioni dell'intervento

¹ Articolo del Sole24ore, testo di: Valerio Bassan, Luca Salvioli e Biagio Simonetti, pubblicato il 4 Maggio 2020, ultimo aggiornamento: 6 Aprile 2021; <https://lab24.ilsole24ore.com/storia-coronavirus/>.

pubblico e le proprie funzioni, dalla nascita alla crisi e le forme emerse negli ultimi anni.

Nel secondo capitolo, invece, si analizzeranno nello specifico le criticità dell'assistenza sanitaria italiana, uno dei settori specifici del Welfare State. La spesa verrà confrontata tra due scenari: quello pre-Covid e quello durante la pandemia. Non solo, si esamina la spesa sanitaria italiana negli anni, dal 2002, fino ad arrivare ad oggi, comprese le sue modifiche per arginare il problema virus. Si studia il punto di vista di differenti autori, alcuni sostenitori del fatto che ci siano stati tagli alla sanità e che quindi abbiano colto impreparata l'Italia a questo evento, altri che invece sostengono il contrario. La domanda che ci si pone è: come si presenta lo Stato italiano e come reagisce all'emergenza sanitaria, attraverso gli strumenti di Welfare? Ma prima di tutto è necessario comprendere che cosa sia effettivamente il Welfare State, chi ne usufruisce e come, perché è nato, come è nato e la sua evoluzione negli anni. È ancora un valido strumento?

Capitolo 1

IL WELFARE STATE

1.1 Un quadro generale

Il termine Welfare State (W.S.) è un sistema di politiche pubbliche con il quale lo Stato cerca di mitigare le disuguaglianze tra i cittadini che si vengono a creare se esso non interviene. Si tratta di disuguaglianze sia di tipo economico che sociali. Il termine Welfare State, in italiano, significa: «Stato del benessere», «Stato assistenziale» o «Stato sociale». Il W.S. nasce durante la formazione del modello di produzione capitalista e della società libera, è principalmente un complesso di istituzioni pubbliche, con lo scopo di proteggere i cittadini dai rischi "sociali" e di garantire il godimento dei diritti dei cittadini. In riferimento a quest'ultima definizione si focalizza l'attenzione su tre concetti fondamentali: l'istituto, i rischi e i diritti sociali².

Lo sviluppo degli istituti è fortemente legato con altre istituzioni, come quelle religiose ma soprattutto con la famiglia, considerata un'attrice principale del W.S., assieme al mercato e allo Stato, il quale manifesta la sua presenza in molteplici campi e a molti livelli (nazionale e locale). Gli istituti hanno principalmente due funzioni:

² Articolo Treccani: *Benessere, Stato del* di Peter Flora, Enciclopedia delle scienze sociali (1991).

1. controllare gli effetti sociali negativi dello sviluppo capitalistico (visione pessimistica);
2. garantire, accanto ai diritti civili (libertà di parola, organizzazione ecc.) e ai diritti politici (voto), altri diritti (lavoro, salute, istruzione) concepiti come diritti di cittadinanza (visione ottimistica)³.

I rischi sociali riguardano le difficoltà con cui la collettività si può interfacciare quotidianamente. Ne sono esempi assodati da tempo la disoccupazione, in particolare di donne e giovani, la vecchiaia e l'inquinamento ambientale: argomenti sempre più evidenti, affrontati quotidianamente e purtroppo tuttora di difficile gestione.

Ne è invece un esempio lampante emerso recentemente la crisi sanitaria legata alla diffusione del COVID-19 che coinvolge la popolazione a livello mondiale.

I diritti sociali si riferiscono, invece, alla possibilità dei cittadini di accedere alle prestazioni pubbliche e statali come per esempio alla tutela sanitaria, alla previdenza pensionistica, alla ricerca universitaria, alla promozione della famiglia, al sostegno del lavoro e dell'istruzione.

L'ente pubblico si fa carico, quindi, dei bisogni dei cittadini al fine di garantire i principali diritti e di tutelare eventuali momenti fortuiti o critici della vita della persona.

³ Bosi P. (A CURA DI) (2019). "Corso di scienza delle finanze", Bologna: Il Mulino, p. 16-17.

1.1.1 Le prestazioni del Welfare State

Nella tabella sottostante sono rappresentate le principali prestazioni erogate dalla maggior parte dei sistemi di Welfare europeo distinte in cinque grandi settori:

Tabella 1.1: le prestazioni del Welfare State

| Pensioni previdenziali | Sanità | Assistenza | Ammortizzatori sociali | Istruzione |
|--|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---|
| Pensioni di vecchiaia | Assistenza di base | Assegni per figli | Cassa integrazione | Istruzione obbligatoria |
| Pensioni di anzianità | Spesa farmaceutica | Pensione sociale | Indennità di disoccupazione | Istruzione secondaria |
| Pensioni per superstiti | Ass. specialistica e ospedaliera | Reddito minimo | Reddito minimo | Istruzione universitaria |
| Pensioni di invalidità e inabilità al lavoro | Servizi per non autosufficienti | Pensioni per portatori di handicap | Ass. infortuni sul lavoro | Scuola materna |
| | | Pensioni invalidi civili | Ass. malattia | Scuola e servizi per l'infanzia (compito anche dell'assistenza) |
| | | Servizi per non autosufficienti | Ass. maternità | |

Fonte: Bosi P. (ottava edizione), Corso di scienza delle finanze, Bologna, Editore Il Mulino, pag. 445.

Prendendo in considerazione il Welfare State in Italia nel suo complesso, la spesa sociale al 2019 era pari a 508 miliardi di Euro corrispondente al 59,1% della

spesa pubblica italiana nell'anno⁴. L'Italia, tra i vari Paesi Europei, mostra una particolare propensione a favore della componente previdenziale del Welfare, “dal punto di vista economico è utile la distinzione tra pensioni a carattere assicurativo e pensioni che hanno carattere di trasferimenti monetari di tipo assistenziale.”⁵

Le pensioni garantiscono una copertura al rischio sociale di carenza di risorse economiche nella parte finale della vita poiché i soggetti non riescono a garantirsi un reddito autonomamente.

La sanità, che verrà approfondita nel secondo capitolo, trova le sue fondamenta nell'art. 32, comma 1 della Costituzione Italiana, secondo il quale la Repubblica deve tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e deve garantire cure gratuite agli indigenti. Trattasi infatti di un sistema che ha come suo cardine l'erogazione gratuita a tutti i cittadini di prestazioni mediche di cura o di prevenzione delle malattie.

L'assistenza sociale si occupa di coprire il rischio della povertà e attenuare forme di disagio personale (dovute alla non autosufficienza o ad handicap), sociale (come tossicodipendenze), comprendendo anche al suo interno le spese a sostegno delle famiglie.

⁴Articolo Istat “*La protezione sociale in Italia e in Europa anno 2019*”, 28 Aprile 2020.

⁵ Bosi P. (A CURA DI) (2019). “Corso di scienza delle finanze”, Bologna: Il Mulino, p. 455.

Gli ammortizzatori sociali sono supporti assicurativi destinati alla tutela dei rischi connessi al rapporto di lavoro (es. cassa integrazione, disoccupazione, infortunio, malattia, maternità).

Infine, l'istruzione è essenziale all'interno di uno Stato perché genera capitale umano (fattore di crescita più importante), trasmette valori, importanti capacità sociali, permette la realizzazione della personalità umana e la mobilità sociale: tutto questo non può essere trascurato da uno Stato democratico.

1.1.2 Ragioni dell'intervento pubblico

Lo Stato cerca di mitigare gli effetti delle imperfezioni del mercato per ridurre le disuguaglianze sociali e far raggiungere le pari opportunità ai cittadini. Risolve determinate problematiche attraverso il *policy-maker* che interviene nel momento in cui il mercato non è in grado di determinare allocazioni efficienti delle risorse, ovvero di raggiungere equilibri di ottimo paretiano. Scaturisce così il fallimento del mercato, le cui cause sono il monopolio, le esternalità, le asimmetrie informative e i beni pubblici.

Tutto ciò implica il perseguimento simultaneo di due obiettivi da parte di uno Stato democratico: efficienza ed equità ma, a volte, prevede anche di mettere un po' da parte l'efficienza per garantire una maggiore equità.

1.1.3 Le funzioni dello Stato

Secondo la tripartizione dei ruoli dello Stato, elaborata da Musgrave⁶, le tre fondamentali funzioni di esso sono:

- stabilizzazione dei mercati, affinché si garantisca un livello di produzione più vicino possibile a quello di pieno impiego;
- l’allocazione delle risorse in modo efficiente;
- redistribuzione dei redditi e patrimoni e la fornitura diretta di servizi ai cittadini in relazione ai loro bisogni e non alla capacità che essi hanno di pagare i servizi offerti.

Lo Stato si assume inoltre la funzione di regolamentare i comportamenti dei cittadini assumendo il ruolo di *pater familias*: da una parte li orienta verso obblighi di interesse sociale (es. obbligo scolastico, obblighi di sicurezza), dall’altra li incentiva attraverso tasse e sussidi.

Nel contesto italiano questo concetto trova riferimento nella costituzione, al secondo comma dell’art. 3, il quale spiega come sia compito dello Stato eliminare «gli ostacoli» che impediscono l’affermazione dell’uguaglianza economico-sociale degli individui; queste difficoltà, infatti, sono rimosse attraverso politiche di Welfare State.

⁶ Musgrave, Richard Abel ((Königstein 1910 - Santa Cruz 2007); Economista statunitense di origine tedesca. Elaborò il three branch model (modello a 3 funzioni: allocativa, distributiva e di stabilizzazione/sviluppo), l’impianto metodologico della finanza pubblica.

1.2 Storia ed evoluzione del Welfare State

Sono i fattori che hanno influito sull'adozione da parte dei governi occidentali delle prime politiche di Welfare: lo sviluppo socio-economico, la mobilitazione politica della classe operaia e lo sviluppo costituzionale.⁷ Lo si deduce dalle tappe storiche fondamentali del Welfare State seguito descritte:

Esso si è affermato, sia pure con forme e intensità diverse, in quasi tutti i Paesi europei a partire dalla seconda metà dell'Ottocento, più precisamente grazie ai provvedimenti messi in atto da Germania e Regno Unito in quel periodo. Si sviluppa contemporaneamente alla Rivoluzione Industriale e, quindi, con il diffondersi della grande produzione industriale di massa, nota come il modello fordista. In questo momento alcuni rischi, a cui può andare incontro un individuo o una famiglia, vengono riconosciuti come rischi sociali. Fu un passaggio epocale che permise di alzare il livello del reddito dei cittadini medi: con una popolazione più ricca lo Stato poteva prelevare più tasse e, avendo una base imponibile più elevata, poteva attuare la spesa Welfare, attraverso l'erogazione di servizi, ad un maggior numero di persone.

Lo sviluppo più intenso si è avuto nel periodo successivo alla Prima Guerra Mondiale, soprattutto nei Paesi dell'Europa centrale e del nord. Ad esempio, la

⁷ F. Cittadini, *"Il Welfare State oggi. La crisi dei modelli di solidarietà nel dibattito contemporaneo"*, in "Quaderni del Ludovicianum", 1/2007. p. 29.

Germania approva la Costituzione di Weimar e, per la prima volta nella storia, si riconoscono i diritti sociali e la piena legittimazione dell'assistenza come istituzione volta a garantire stabilmente un elevato grado di sicurezza dell'esistenza materiale, anche attraverso l'attiva partecipazione di tutti i soggetti sociali.⁸

Subito dopo la Grande Guerra, la depressione degli anni Trenta ampliò le forme di tutela e queste furono estese al di là del gruppo dei lavoratori dipendenti. L'introduzione del sussidio di disoccupazione portò alla crescita del reddito e ai mutamenti delle ideologie politiche dirette ad una maggiore equità e solidarietà sociale.

Superata la crisi, il mondo intero si ritrova nell'abisso di una Seconda Guerra Mondiale (1939-1945). Nel 1942 Beveridge⁹, in Inghilterra, pubblicava il suo Rapporto intitolato "Social Insurance and Allied Services", in cui annunciava un programma d'azione volto a mobilitare la società intera per sconfiggere i «5 giganti» che tenevano schiava l'umanità: il bisogno, la malattia, l'ignoranza, la miseria e l'ozio.¹⁰ Da quel momento si afferma compiutamente il termine Welfare

⁸Cfr. F. GIROTTI, *Welfare state. Storia, critica e modelli*, Carocci, Roma 1998, p. 188.

⁹ William Henry Beveridge, primo barone Beveridge, KCB (Rangpur, 5 marzo 1879 – Oxford, 16 marzo 1963), è stato un economista e sociologo britannico, celebre per aver redatto nel 1942 un rapporto sulla "sicurezza sociale e i servizi connessi".

¹⁰ Cfr. F. GIROTTI, *Welfare state, cit.*, pp. 229-236.

State e si riferiva all'azione di governo che si poneva di rispettare gli obiettivi sopracitati e costituirà la base ideologica per la promozione di politiche welfare da parte dei governi europei.¹¹

L'ultima tappa dell'evoluzione del W.S. corrisponde al "periodo del boom economico", che va dagli anni Cinquanta agli anni Settanta, accompagnò "l'era d'oro" del Welfare: i crescenti consumi e il miglioramento delle condizioni di vita servirono ad aumentare la qualità dei servizi pubblici.

1.3 Dalla crisi al Secondo Welfare

L'incredibile espansione del Welfare propria degli anni Cinquanta e Sessanta è stata seguita da una altrettanto forte crisi dello stesso sistema negli anni Settanta nonostante l'emergere di nuovi bisogni da parte della popolazione¹².

La crisi del W.S. è stata influenzata da una serie di fattori, più nello specifico fattori endogeni: invecchiamento demografico (contestualmente alla riduzione del tasso di natalità che portano forti pressioni per l'erogazione delle prestazioni pensionistiche e dei servizi socio-sanitari), trasformazioni del mercato del lavoro (precarietà lavorativa) e alla crescita dell'occupazione femminile connessa a sua

¹¹F. Cittadini, *"Il Welfare State oggi. La crisi dei modelli di solidarietà nel dibattito contemporaneo"*, in "Quaderni del Ludovicianum", 1/2007. p. 26.

¹² Maino F., *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale*, capitolo 1, pag. 2-3.

volta alle alterazioni nella struttura familiare (è necessario adottare nuove strategie che consentano alle donne di conciliare vita lavorativa e quella familiare), espansione dei servizi privati e del lavoro autonomo. Si assiste, dunque, al passaggio dal *welfare*, sistema che ha tra i suoi obiettivi quello di dare un supporto passivo ai lavoratori in difficoltà tramite un sussidio economico, al *workfare*, che invece mira alla risoluzione del problema in maniera attiva cercando di trovare nuove opportunità lavorative al disoccupato.¹³

I fattori esogeni comprendono la globalizzazione, con la quale le imprese, in particolar modo le multinazionali, dislocano la produzione nei Paesi appetibili per costi minori e bassa tutela sociale che stimola il cosiddetto “*dumping* sociale”. Come definito dal Parlamento Europeo: “si tratta di una pratica per cui le grandi imprese introducono nel mercato europeo dei prodotti a un prezzo molto inferiore rispetto a quello di mercato grazie alla presenza di sussidi statali alle imprese nel paese di origine. Il *dumping* è una forma di concorrenza sleale e per le imprese europee è molto difficile rimanere competitive a queste condizioni e nei casi peggiori esse sono costrette a chiudere e licenziare i lavoratori.”¹⁴

In sostanza, la crisi del Welfare è cominciata subito dopo la sua fase espansiva e che in modo crescente ha continuato a ripresentarsi sino ad oggi, vivendo a

¹³ SPATTINI S., “*Dal Welfare al Workfare*”, ADAPT, p. 10.

¹⁴ Attualità Parlamento Europeo: “*Che cos’è il dumping*” *Definizione e impatto Economia*, 27-06-2018.

partire dal 2008 una fase tra le più acute. Un riadattamento ai sistemi di Welfare si è reso necessario alla luce della recente crisi per cui sono state ipotizzate e sperimentate nuove soluzioni e interventi. Una delle soluzioni più accreditate ai problemi è una pianificazione di protezione e investimenti a carattere non pubblico.¹⁵ Ciò valorizza l'importanza degli enti privati che sostengono con proprie iniziative le strategie pubbliche di Welfare.

Si distingue il «vecchio» W.S. dal nuovo e a quest'ultimo viene attribuito il nome di «Secondo Welfare». Il primo tenta di coprire i rischi della vecchiaia, disoccupazione, malattia e invalidità, e di rispondere attraverso trasferimenti monetari rivolgendosi soprattutto al lavoratore dipendente. Mentre il nuovo W.S. eroga più prestazioni e servizi senza rivolgersi ad un particolare soggetto, effettuando sempre meno trasferimenti in denaro. Esso si sviluppa grazie alla cooperazione tra Stato, mercato privato e cittadini, integrando anche gli «*stakeholders*»¹⁶ di varia natura, come imprese, sindacati, fondazioni, assicurazioni

¹⁵ Maino F., *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale*, capitolo 1, pag. 7.

¹⁶ «Azionisti, clienti, dipendenti, fornitori, la comunità con cui l'organizzazione interagisce. aspettano, proprietà, diritti o interessi nei confronti di una impresa e delle sue attività il cui contributo è essenziale per il raggiungimento di uno specifico obiettivo dell'organizzazione» tratto da Glossario Marketing disponibile al link: <https://www.glossariomarketing.it/significato/stakeholder/>.

e organizzazioni del Terzo settore per produrre in modo sinergico soluzioni e risposte per il benessere di individui e famiglie.

Il primo Welfare non viene messo in discussione, bensì integrato. Non vi sono le condizioni perché il Secondo Welfare si sostituisca al primo e conduca alla demolizione di esso, ma si auspica ad un suo rinnovamento. Grazie alle aggiuntive risorse non pubbliche e alla pluralità di soggetti che vi partecipano si permette di creare occupazione e rilanciare la crescita e lo sviluppo, oltre che aumentare le capacità innovative di risposta ai nuovi rischi e bisogni sociali.

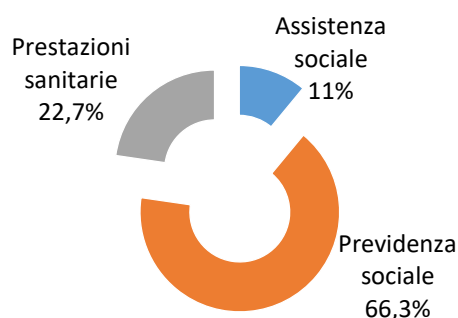
Capitolo 2

LA SPESA NELLA SANITÀ IN ITALIA E L'EMERGENZA COVID-19

2.1 La spesa nel contesto pre-COVID

Si illustra come è la spesa pubblica nei settori della previdenza, politiche sociali e sanità all'interno del sistema Welfare italiano prima che la pandemia si verificasse.

Grafico 2.1: Prestazioni sociali alle famiglie



Fonte: Istituto Nazionale di Statistica (Istat), comunicato stampa “La protezione sociale in Italia e in Europa”, periodo di riferimento 2019, pubblicazione 28 Aprile 2020

I dati, frutto dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), dimostrano che in Italia più del 66% delle risorse, arrivate nel 2019 a 479 miliardi, va alla previdenza. Il 48,8% di queste sono contro il rischio vecchiaia, a fronte di una media europea del

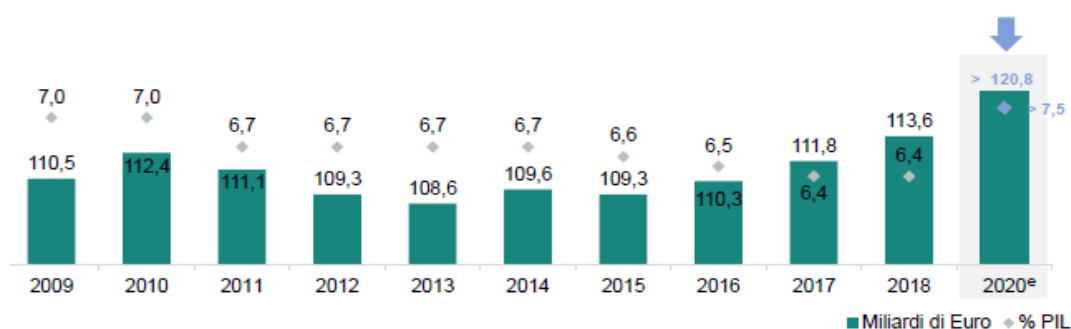
40,5%. Alla sanità va meno del 23%¹⁷. Il resto è assistenza sociale: in quest'ambito nel 2019 la quota maggiore non è stata allocata agli invalidi ma è stata dedicata al bonus 80 euro e al reddito di cittadinanza. Quindi è un Welfare sbilanciato sulla previdenza. In materia di tutela della salute dei cittadini l'Italia si colloca agli ultimi posti rispetto la media europea per quota di prestazioni: solo il 23% contro il 35% della Germania, il 28,7% della Francia e il 26,7% della Spagna¹⁸. “Studiando i valori numerici, la spesa sanitaria corrente di contabilità economica è però passata da 116 miliardi del 2018 a 117,3 del 2019, con un aumento di 1,3 miliardi in un anno”¹⁹.

¹⁷ Fonte dati: Istituto Nazionale di Statistica (Istat), comunicato stampa “La protezione sociale in Italia e in Europa”, periodo di riferimento 2019, pubblicazione 28 Aprile 2020, pag. 6.

¹⁸ Fonte dati: Istituto Nazionale di Statistica (Istat), comunicato stampa “La protezione sociale in Italia e in Europa”, periodo di riferimento 2019, pubblicazione 28 Aprile 2020, pag. 6.

¹⁹ Redazione ANSA, “Sanità, cresce la spesa spesa sanitaria a 117,3 miliardi, +1,3 nel 2019”
Roma, 6 settembre 2020.

Grafico 2.2: Andamento della spesa sanitaria in Italia dal 2009 al 2020 (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL)



Fonte: Elaborazione the European House-Ambrosetti su dati Eurostat 2020, illustrato nel Rapporto 2020 del Think Tank “Welfare, Italia” pag. 76.

Nel dettaglio, il grafico, mostra l’andamento della spesa sanitaria italiana dal 2009 al 2020. Dunque, si nota una leggera diminuzione a partire dal 2011 per poi rimanere più o meno costante fino al 2017 dove, invece, si registra un aumento considerevole e che fino ad oggi è in crescita. Negli ultimi anni, è sì aumentata, ma l’Italia rimane comunque un passo indietro rispetto alla media europea. Tuttavia, è importante rendersi conto che le prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) sono le migliori in Europa e nel mondo in termini di qualità del servizio, equità e accesso universale ai servizi medici.

Ma quali sono le criticità socio-economiche che la pandemia ha messo ancora più in risalto e che hanno avuto un risvolto anche sul piano sanitario?

La prima è che da un punto di vista demografico, la popolazione del Paese è estremamente anziana, di conseguenza il tasso di natalità è notevolmente basso. Quindi con una Nazione per lo più composta da over-65, il Welfare sarà principalmente sovraccaricato dal punto di vista previdenziale e sanitario.

La seconda è la costante riduzione della popolazione attiva, anche questa come conseguenza dell'anzianità della popolazione italiana. Infatti, il tasso di disoccupazione giovanile è tra i più alti in Europa (29,2% vs. 15% in EU-27) e il tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro è ancora particolarmente limitato²⁰.

La terza criticità è l'elevata disparità regionale, ancora oggi si notano disuguaglianze tra Nord, Centro e Sud Italia.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di avere un Sistema Sanitario Nazionale efficace ed efficiente nonostante le evidenti problematiche e la domanda che ci si pone è: lo Stato come ha contribuito ad eliminarle? E quindi, in che misura il Welfare è importante?

La discussione più accesa è proprio quella riguardo i tagli alla sanità. Alcuni autori affermano ci sia stato un definanziamento del SSN negli ultimi decenni, mentre altri autori sostengono il contrario, come ad esempio Leonzio Rizzo

²⁰ Rapporto 2020 del Think Tank "Welfare Italia", Novembre 2020, pag. 33.

dell'Università degli Studi di Ferrara²¹. Egli sostiene che “non è vero che la spesa sanitaria in Italia sia diminuita negli ultimi anni. È vero però che il numero dei posti letto è nettamente inferiore rispetto alla Germania e Francia, perché il loro costo è molto più alto”²². Dimostra che i dati Eurostat indicano che l’incremento al netto dell’inflazione della spesa ospedaliera dal 2001 al 2017 è stato di circa il 90% superiore rispetto alla crescita dell’aggregato della spesa sanitaria. In Italia, nel periodo 2001-2017, la riduzione dei posti letto è stata del 31. Come afferma la Corte dei Conti: “l’aumento generalizzato dei costi per posto letto possa essere dovuto all’adozione di tecnologie e farmaci avanzati, e quindi più costosi rispetto al passato”²³.

Secondo il rapporto della fondazione Gimbe²⁴, intitolato «Il definanziamento 2010-2019 del SSN», invece, nel decennio il finanziamento pubblico del SSN è aumentato circa di 8.8 miliardi di euro. È, quindi, cresciuto in termini assoluti ma meno dell’inflazione. Se in precedenza Leonzio Rizzo prendeva in considerazione il dato al netto dell’inflazione, ora ne viene tenuta conto.

²¹Rizzo, L., Posti letto: perché in Italia costano di più, La voce.info, 3 Aprile 2020, p.1.

²² La voce.info, Posti letto: perché in Italia costano di più, pubblicazione 3 Aprile 2020.

²³ La voce.info, Posti letto: perché in Italia costano di più, pubblicazione 3 Aprile 2020.

²⁴ GIMBE è una fondazione di diritto privato costituita dall'associazione Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze il 23 giugno 2010.

Secondo il “Fatto Quotidiano”: “a prescindere dai tagli, negli ultimi venti anni, l’assistenza ospedaliera ha perso d’importanza a causa di altre varietà di servizi: nel 1995 assorbiva il 40,7% delle risorse, oggi solo per il 35,5% del totale”²⁵. Si sono ridotti il numero di ospedali e posti letto, soprattutto nel pubblico. Inoltre, “Secondo la Ragioneria Generale dello Stato, tra il 2009 e il 2017, la sanità pubblica nazionale ha perso oltre 46.500 addetti, con una contrazione del 6,2%.”²⁶ Il nostro Paese è quindi carente di operatori sanitari facendo lamentare i cittadini anche di lunghi tempi di attesa. Una delle principali cause sono i blocchi delle assunzioni degli ultimi decenni, accentuando così una forza lavoro di medici che va invecchiando, oltre che scarseggiando.

2.2 La Sanità in Italia nello scenario COVID-19

Il 31 Gennaio 2020, in Italia, viene dichiarato lo “stato di emergenza” a causa dell’epidemia da COVID-19. Con il diffondersi del virus, si innesca una crisi economica e sociale. Nel caso italiano, questa crisi si ripercuote su una preesistente debolezza strutturale, facendo emergere ancora di più alcune latenti fragilità viste in precedenza. L’art. 16 Cost., co.1, prevede di limitare alcuni diritti

²⁵ Il fatto quotidiano, *Welfare, Istat: “Tra 2009 e 2019 brusco rallentamento nella crescita della spesa. L’assistenza ospedaliera ha via via perso rilevanza”*, 28 Aprile 2020.

²⁶ Articolo Ansa.it “*Da medici a infermieri, -46.500 dipendenti nel SSN dal 2009 al 2017*”; pubblicato il 27 Marzo 2019.

previsti dalla legge per motivi di sanità o di sicurezza. In questo caso, tali motivi sono da additare al grado di criticità della situazione epidemiologica ne consegue l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione del virus. Da quel momento, per cercare di arginare il problema, sia da parte dello Stato Italiano che dall'Europa, sono state molteplici le risposte alla pandemia. L'imminente caos provocato dal COVID-19 ha aumentato la domanda di protezione sociale infatti, ad esempio, è stato emanato il Reddito di Emergenza (REM). Sono state anche incrementate le risorse dei Fondi sociali finalizzate al rafforzamento di interventi territoriali ed emanate misure a sostegno del Terzo Settore. Nel Luglio 2020 dal Consiglio Europeo è stato approvato il fondo "Next Generation EU" con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri colpiti dal COVID-19 ed ha una copertura per gli anni 2021-2023. Inoltre sono stati rimossi dei vincoli fiscali ed è stato incrementato dalla Bce il Quantitative Easing per promuovere la crescita economica attuando una politica monetaria espansiva.

Durante la fase di gestione delle emergenze legate alla diffusione del virus, è stato fortemente dimostrato il ruolo centrale della sanità pubblica nella salvaguardia della salute dei cittadini italiani diventando l'aspetto più meritevole di attenzione. Sono stati stanziati dalla manovra del 2020 oltre 8,8 miliardi dal Governo nel settore sanitario e circa 4,2 per il fondo sanitario nazionale, l'edilizia ospedaliera e l'abolizione del superticket. Altri 1,4 miliardi sono stati previsti dal

decreto “Cura Italia”²⁷ e, infine, altri 3,2 miliardi circa con il “Decreto Rilancio”²⁸ per sostenere medicina territoriale, ospedali, personale e incremento delle specializzazioni mediche.²⁹ La mancanza di posti letto negli ospedali, di strumentazione, di dispositivi anti-contagio e personale sono solo alcuni dei gravi problemi che la sanità italiana si ritrova ad affrontare nel periodo dell’emergenza. Per colmare la mancanza di personale si è cercato di mobilitare operatori inattivi e in pensione, studenti di medicina e infermieristica. Ma nonostante ciò a molti cittadini italiani sono stati rinviati interventi chirurgici a cui avrebbero dovuto sottoporsi nel periodo emergenziale. “Il contagio si è diffuso oltre ogni aspettativa, gli ospedali sono precipitati in una situazione di stress. Ulteriormente, si è manifestato un contrasto, anche politico, di competenze tra autorità sanitarie regionali e governo nazionale provocando tensioni nella gestione dell’emergenza

²⁷ DECRETO-LEGGE 17 marzo 2020, n. 18, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.70 del 17-03-2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (in S.O. n. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110).

²⁸ DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34. (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21). Entrata in vigore del provvedimento: 19/05/2020. Convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 (in S.O. n. 25, relativo alla G.U. 18/07/2020, n. 180).

²⁹ Pavolini E., “La sanità italiana di fronte alla crisi del coronavirus: lezioni dal passato e consigli per il futuro, pubblicazione su “O.I.C.S.”(Osservatorio internazionale per la coesione e l’inclusione sociale), Marzo 2020.

sanitaria”³⁰. Tale criticità è anche enfatizzata dal fatto che il Sistema Sanitario Nazionale è particolarmente frammentato, e questo è comprovato perché sono presenti delle differenze molto marcate a livello regionale. Emblematico è il caso della Regione Veneto che aveva effettuato più di 5.300 tamponi ogni 100mila abitanti, mentre la Regione Lombardia circa 2.700, dopo solo un mese dal primo “lockdown”.

Altro argomento di cui si è molto discusso è il mancato aggiornamento e applicazione del “Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale”. L’Italia a Gennaio del 2020 ha un Piano Pandemico approvato nel lontano 2006, che segue le raccomandazioni e le indicazioni dell’OMS, il quale è stato sottoposto solo a revisioni e aggiornamenti formali, decretando di fatti un’adesione da parte delle Regioni a tale Piano Pandemico comportando dei piani operativi poco aderenti alle necessita specifiche e contingenti . Dunque, le Regioni avrebbero dovuto mettere in atto i piani operativi basati su tale Piano Pandemico. “In realtà, il viceministro alla Salute, Pierpaolo Sileri³¹, medico di lungo corso, ha recentemente dichiarato in un articolo del “Fatto Quotidiano” che in 15 anni di

³⁰ Carinci, “covid-19: preparedness, decentralisation, and the hunt for patient zero”, 2020; p. 368.

³¹ Pierpaolo Sileri (Roma, 25 agosto 1972) è un politico, chirurgo e accademico italiano, dal 13 settembre 2019 viceministro della salute nel Governo Conte II.

servizio come medico non ha mai assistito a una esercitazione del Piano Pandemico.”³²

Per contenere la diffusione del virus, inizialmente sono state predisposte aree sanitarie temporanee (ospedali di campo) all'interno di edifici preesistenti, pubblici o privati. Nello specifico, alle Regioni è stato chiesto di attivare specifiche “Centrali operative regionali”, munite di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con l’obiettivo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali. Parallelamente, è stata inoltre potenziata l'assistenza domiciliare integrata, al fine di massimizzare a livello quantitativo le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate. Ne sono un esempio le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) che hanno il compito di valutare, su segnalazione del medico di famiglia, i pazienti Covid positivi o sospetti e sono composti da un medico e un infermiere. Con il Decreto “Cura Italia”³³ si è concretizzato l’impegno del Governo nell’acquisto di impianti ed attrezzature specificamente diretti alla cura dei pazienti COVID-19. Dunque il Governo italiano ha stanziato risorse ingenti, sostenuto anche da un supporto

³² Articolo “Fatto quotidiano”: *“Piano pandemico, l’Italia lo aveva anche se vecchio. Dove è stato applicato (ospedale di Schiavonia) ha evitato il disastro”*, di Francesca Nava, pubblicazione il 21 Dicembre 2020.

economico dell'Unione Europea. Complessivamente, con l'aumento del finanziamento a sostegno del SSN, il disavanzo pubblico cresce rispetto a quanto previsto prima dell'epidemia del 4,5% del PIL nel 2020. Per il 2021 invece è previsto un rallentamento della crescita, stimata dell'1.5% del PIL³⁴. Come ribadito all'interno del DEF 2020 “in seguito all'emergenza COVID-19, il Governo ha inteso adottare interventi in grado di incrementare il finanziamento e l'ulteriore potenziamento di strumenti e dotazioni del sistema sanitario, anche avvalendosi di iniziative di supporto e rilancio dell'economia a livello europeo. Alla luce dell'incremento di spesa legato alla pandemia, si stima che al 2020 la spesa sanitaria italiana abbia superato i 120 miliardi di Euro, con un peso rispetto al PIL stimato superiore al 7,5%.”³⁵ I costi stimati per la sanità determinati dal COVID-19 ammontano a 1.8 miliardi di Euro che vanno a gravare su una situazione già precaria. Di tale importo 1.5 miliardi sono i costi per i casi guariti e quasi 260 milioni per i decessi. A tali somme si vanno ad aggiungere circa 265 milioni di Euro per l'assistenza e le giornate in terapia intensiva e semintensiva e i costi dei tamponi (circa 309 milioni di Euro).³⁶

³⁴ “Provvedimento Il Documento di Economia e Finanza (DEF) 2020 e l'ulteriore scostamento di bilancio”, pubblicazione sito “Camera dei deputati”, 27 aprile 2020, p. 4.

³⁵ Rapporto 2020 del Think Tank “Welfare Italia”, Novembre 2020, p. 76.

³⁶ Rapporto 2020 del Think Tank “Welfare Italia”, Novembre 2020, pag. 76.

CONCLUSIONI

In periodo di pandemia, il sistema di Welfare si dimostra uno strumento fondamentale di “mitigation” (agevolazione) a protezione dei cittadini, ma oggi è affaticato *in primis* nella sua componente sanitaria. A fronte degli impatti legati alla diffusione della pandemia, sono aumentati i bisogni della popolazione. È importante ricordare che il W.S. nasce come Giustizia Sociale per riuscire a conciliare efficienza economica con equità sociale. Mostra chiari sintomi di obsolescenza in quanto i rischi e i bisogni dei cittadini sono mutati nel tempo. È necessario rendere ancora più prioritaria l’ottimizzazione delle capacità di risposta del sistema, ne occorre quindi un potenziamento. Le soluzioni sono tante, bisognerebbe tenere conto del futuro e dei cambiamenti di vita e di lavoro che ne comporta basandosi sull’innovazione: il Welfare dovrà seguirli, favorirli e accompagnarli.

“Per poter vincere questa sfida è necessario trasformare il W.S. in uno Stato capace di investire sui propri cittadini, anziché semplicemente soccorrerli.”³⁷ perché più che definirla “spesa sanitaria” sarebbe corretto definirla “investimento” per i cittadini.

³⁷ Anton Hemerijck, Massimiliano Santini, “*Appello per un Nuovo Welfare State, Investimenti adesso per il benessere futuro delle nostre famiglie*”, pubblicazione su “welforum.it”, 2 ottobre 2019.

Lo Stato emana leggi e principi fondamentali riguardanti il sistema sanitario, è compito delle Regioni poi metterle in atto. Ma in caso di emergenza allo Stato è permesso intervenire straordinariamente in quanto ad erogazioni sanitarie. L'attuale situazione mette ancora più in rilievo le discrepanze del sistema sanitario a livello regionale, . Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna sono le Regioni che hanno i sistemi sanitari più all'avanguardia ed efficienti rispetto al resto del Paese. Occorre investire proprio in quelle Regioni che possono essere definite "fragili".

Allo stesso tempo, l'approccio puramente economico-finanziario all'organizzazione del servizio sanitario mostra tutti i suoi limiti. La gestione della sanità pubblica in chiave aziendalistica, cioè favorendo i profitti piuttosto che i cittadini bisognosi di assistenza sanitaria, fa sì che si scavalchi la filantropia, la quale è fondamento in questo contesto.

La colpa di queste scarse risposte e non imminenti alla pandemia da parte dello Stato per la sanità italiana però, non può essere attribuita solamente a chi governa e a chi detta leggi ma ne sono responsabili anche i cittadini, fino ad oggi richiedenti un certo tipo di priorità in cui, forse, la sanità non ne faceva parte, o solamente in piccola misura. Si spera in un futuro in cui i cittadini riescano a far sentire la loro voce più di quanto lo abbiano fatto fino ad oggi, ponendo tutti più attenzione alla sanità e valorizzando ancora di più il potenziale italiano.

BIBLIOGRAFIA

- Accademia Nazionale dei Lincei (8 Luglio 2020), *“L’Italia di fronte alla crisi COVID-19”*, documento della Commissione COVID-19.
- Affinito Domenico, (31 Marzo 2020), *“Coronavirus in Italia: i tagli al servizio sanitario nazionale, chi li ha fatti e perché”*, quotidiano “Il corriere”.
- Bosi P. (A CURA DI) (2019). *“Corso di scienza delle finanze”*, Bologna: Il Mulino.
- Castagneto P. (30 Ottobre 2020), *“COVID e sanità/ Medici e infermieri mancanti, i numeri che imbarazzano il governo”*, dal quotidiano “Il sussidiario”.
- Cittadini F. *“Welfare State oggi”*, (2007). La crisi dei modelli di solidarietà nel dibattito contemporaneo, in "Quaderni del Ludovicianum".
- Falletti E. (19 Marzo 2020), *“La forma è sostanza? Alcune sommarie riflessioni sulla gestione dell’emergenza Covid-19 in Italia”* Rivista di Biodiritto.
- Garelli L. e Matretta E. (Febbraio 2018) *“Il Welfare State”*, Novecento.org, Didattica della storia in rete; rivista n.9.
- Gobetti S. (19 Marzo 2020), *“Decreto Cura Italia e Welfare State italiano”*, Bocconi University Newspaper.
- Maino F. *“Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale”* di 2W Rapporto finale 2013 cap. 1_15.1.2014.
- Previatello, *“Tra flessibilità e ortodossia economica: la valutazione di incompatibilità degli aiuti di stato al tempo dell’emergenza covid-19”*, in: Gian

Paolo Dolso, Maria Dolores Ferrara, Davide Rossi (a cura di), "Virus in fabula. Diritti e Istituzioni ai tempi del covid-19", Trieste, EUT Edizioni Università di Trieste (2020) pp. 147-163.

Rizzo L. e Secomandi R. (3 Aprile 2020), "*Posti letto: perché in Italia costano di più*", quotidiano "La voce".

Samarani Matteo (28 Aprile 2020), "*Spesa sanitaria, austerità e malattia dei costi di Baumol*", Rivista online "Economia e politica".

Unipol Gruppo e The European House – Ambrosetti S.p.A. Think tank "*WELFARE, ITALIA*" (Novembre 2020).

SITOGRAFIA

<https://www.mef.gov.it/index.html>

<http://www.parlamento.it/home>

<https://www.camera.it/leg18/1>

<http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://www.iss.it/coronavirus>

<https://www.iss.it/>

<http://www.governo.it/>

<https://www.sissco.it/articoli/cittadinanza-1075/alle-origini-dello-stato-sociale-nellitalia-repubblicana-la-ricezione-del-piano-beveridge-e-il-dibattito-nella-costituente-1084/>

<https://www.ilfattoquotidiano.it/>

www.treccani.it

www.ipsoa.it

www.anaao.it

www.ilsole24ore.com

https://amboslo.esteri.it/ambasciata_oslo/it

www.istat.it

www.ansa.it

www.quotidianosanita.it

www.gimbe.org

www.lavoce.info

www.ambrosetti.eu

www.europarl.europa.eu

www.academia.edu

www.secondowelfare.it

www.fondazionefeltrinelli.it/la-riforma-del-welfare-state-italiano.it

<http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/home.html>