

Sanità in Italia (2010–oggi): tra austerità, pandemia e ridefinizione del Servizio Sanitario Nazionale

Per la rubrica “Alesia ed i suoi compagni di viaggio” ancora un
interessante contributo del caro amico Dott. Mino Dentizzi

1. Introduzione: un sistema sotto pressione

All'inizio del decennio 2010, la sanità italiana si presentava come un sistema maturo, universalistico e regionalizzato, ma già sottoposto a forti tensioni economiche.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), riformato negli anni Novanta su base aziendale e regionale, doveva ora confrontarsi con due sfide cruciali:

- la crisi finanziaria globale del 2008, che impose severi vincoli di bilancio;
- l'invecchiamento della popolazione, con l'aumento delle patologie croniche e della domanda di assistenza continuativa.

Nel decennio successivo, la sanità italiana avrebbe vissuto un lento ma costante processo di contrazione delle risorse pubbliche, a cui si sommò, a partire dal 2020, la crisi sanitaria più grave del dopoguerra: la pandemia di COVID-19.

2. La stagione del contenimento della spesa (2010–2019)

Negli anni immediatamente successivi alla crisi economica globale, la politica sanitaria italiana fu dominata dall'esigenza di ridurre la spesa pubblica.

Le misure di austerità introdotte tra il 2010 e il 2015 — contenute nei vari “decreti di spending review” — portarono a un progressivo rallentamento del finanziamento del SSN.

Secondo la Ragioneria Generale dello Stato (Conti Pubblici Territoriali), la spesa sanitaria pubblica passò dal 7,1% del PIL nel 2010 al 6,5% nel 2018, mentre in termini reali crebbe di meno dell'1% l'anno, a fronte di un aumento dei costi strutturali e della domanda di salute.

La quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria complessiva scese dal 78,5% al 74,2%, segnalando una crescita della spesa privata “out of pocket”, cioè a carico diretto dei cittadini (dati ISTAT e OCSE Health Data).

Effetti principali

- Blocco del turnover del personale sanitario, con un progressivo invecchiamento della forza lavoro: l'età media dei medici ospedalieri superò i

54 anni nel 2019.

- Riduzione dei posti letto: dai circa 4 per 1.000 abitanti nel 2010 a meno di 3,2 nel 2018 (OCSE).

- Allungamento dei tempi di attesa e aumento del ricorso al settore privato per prestazioni diagnostiche e specialistiche.

- Differenziazione regionale crescente: le Regioni sottoposte a “piani di rientro” (Campania, Lazio, Calabria, Molise, Sicilia) ridussero drasticamente servizi e personale per contenere i disavanzi.

3. Politiche e riforme normative

Nel medesimo periodo, lo Stato intervenne più volte per migliorare l'efficienza del sistema:

Il Patto per la Salute: coordinamento e sostenibilità del SSN

Tra il 2010 e il 2016 un ruolo fondamentale nel governo del sistema sanitario italiano fu svolto dai Patti per la Salute, strumenti di programmazione congiunta tra lo Stato e le Regioni, nati per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e l'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio.

Si tratta di accordi triennali stipulati tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. A differenza di una legge, i Patti non modificano direttamente l'ordinamento, ma stabiliscono le regole finanziarie, organizzative e di governance per l'intero sistema: definiscono il livello e la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), fissano criteri di efficienza e trasparenza, e introducono meccanismi di controllo e monitoraggio per garantire l'erogazione dei LEA.



Peso: 71%

Il Patto per la Salute 2010–2012

Firmato il 3 dicembre 2009, questo accordo nacque in un contesto economico difficile, all'indomani della crisi finanziaria globale. L'obiettivo principale era contenere la spesa pubblica sanitaria, assicurando al tempo stesso la sostenibilità del sistema.

Il Fondo Sanitario Nazionale fu fissato a circa 106 miliardi di euro nel 2010, con incrementi molto limitati negli anni successivi. Furono introdotti vincoli stringenti per le Regioni in deficit — come Lazio, Campania, Calabria e Sicilia — obbligate a varare piani di rientro con tagli alla spesa, limiti alle assunzioni e riorganizzazione delle strutture ospedaliere.

Il Patto puntava inoltre a:

- rafforzare il controllo sulla spesa farmaceutica, con l'introduzione di tetti e meccanismi di compensazione per le Regioni che li superavano;
- potenziare i sistemi informativi per monitorare i costi e le prestazioni;
- verificare il rispetto dei LEA, tramite indicatori nazionali e regionali.

Il risultato fu un sistema più attento alla sostenibilità economica, ma spesso a scapito dell'ampliamento dei servizi e del reclutamento di personale, con conseguenti disparità territoriali.

Il Patto per la Salute 2014–2016

Firmato il 10 luglio 2014, durante il governo Renzi, rappresentò una svolta più propositiva. Dopo anni di tagli e austerità, il nuovo Patto introdusse una logica di rilancio e modernizzazione del sistema sanitario.

Il Fondo Sanitario Nazionale venne incrementato (da 109,9 miliardi nel 2014 a 115,4 miliardi nel 2016) e furono poste le basi per la revisione dei LEA, approvata poi nel 2017, che ampliò significativamente le prestazioni garantite: nuovi vaccini, screening neonatali, fecondazione eterologa, cure domiciliari e assistenza alle persone con disabilità.

Tra le altre innovazioni:

- avvio di un piano di rinnovamento del personale sanitario, con la progressiva rimozione del blocco del turnover;
- sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dei sistemi digitali per l'integrazione dei dati tra Regioni e Ministero;
- promozione dell'integrazione socio-sanitaria, con maggiore attenzione alla medicina territoriale e all'assistenza domiciliare, soprattutto per anziani e malati cronici.

Il Patto 2014–2016 segnò quindi un ritorno alla programmazione partecipata e alla ricerca di equità, con una visione più moderna e orientata alla qualità delle cure.

Bilancio complessivo

Nel loro insieme, i Patti per la Salute del 2010–2012 e del 2014–2016 rappresentano due stagioni diverse ma complementari della sanità italiana:

il primo, centrato sulla razionalizzazione e sul

contenimento della spesa, espressione della crisi e delle politiche di austerità;

il secondo, focalizzato sul rilancio dei servizi e sull'innovazione, volto a rinnovare il SSN e a ridurre le disuguaglianze tra Regioni.

Entrambi hanno avuto un ruolo cruciale nel mantenere la coesione e la sostenibilità del sistema in un contesto di crescente autonomia regionale e di difficoltà finanziaria. Tuttavia, le tensioni tra universalismo e vincoli di bilancio restano una costante della storia recente del SSN, evidenziando la sfida strutturale di conciliare diritti, qualità e sostenibilità economica.

L'arrivo della pandemia nel febbraio 2020 rappresentò uno spartiacque nella storia del SSN.

Il sistema sanitario italiano, pur fondato su principi di universalità e qualità, mostrò fin da subito criticità strutturali:

- carenza di personale sanitario e posti letto (in particolare di terapia intensiva, circa 8,6 per 100.000 abitanti contro una media tedesca di 33);
- debolezza della medicina territoriale, incapace di gestire tempestivamente i casi a domicilio;
- frammentazione decisionale tra Stato e Regioni, con risposte non sempre coordinate.

Secondo i dati del Ministero della Salute e dell'ISS, tra marzo 2020 e dicembre 2021 si registrarono:

- oltre 5 milioni di casi accertati e 135.000 decessi per COVID-19;
 - un picco di oltre 200.000 ricoverati contemporaneamente nei mesi più critici del 2020;
 - una riduzione del 20–30% delle attività ordinarie (chirurgia, screening oncologici, riabilitazione).
- Il sistema, però, dimostrò anche notevoli capacità di resilienza:*

- in meno di un anno fu realizzato un incremento del 70% dei posti di terapia intensiva;
- la campagna vaccinale del 2021 raggiunse oltre il 90% della popolazione adulta;
- vennero creati nuovi strumenti di coordinamento (Commissario straordinario, Unità di crisi, Piattaforma di monitoraggio ISS-Ministero).

Il Fondo Sanitario Nazionale passò da 112 miliardi di euro nel 2019 a oltre 130 miliardi nel 2022, grazie ai fondi straordinari per l'emergenza.

4. Il PNRR e la riorganizzazione della sanità

11
A
A
F
C



Peso:71%

territoriale

L'esperienza pandemica fece emergere l'urgenza di rafforzare il territorio e la capacità di risposta preventiva e domiciliare.

Nel 2021, con l'approvazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), l'Italia ha destinato circa 15,6 miliardi di euro alla "Missione 6 – Salute".

I due assi principali del piano sono:

- Rete di prossimità, strutture e telemedicina creazione di 1.350 Case della Comunità, 400 Ospedali di Comunità e 600 Centrali Operative Territoriali (COT) entro il 2026;

sviluppo della teleassistenza e telemonitoraggio dei pazienti cronici.

- Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, accessibile in tutte le regioni; rinnovamento tecnologico degli ospedali e infrastrutture ICT per la sanità digitale.

Si tratta del più ampio investimento pubblico in sanità dai tempi della riforma del 1978. Tuttavia, l'attuazione procede con lentezza: secondo Corte dei Conti (Relazione 2024), solo il 35% dei

6. Disuguaglianze e criticità persistenti

Nonostante le riforme e gli investimenti, permangono tre criticità strutturali:

- Disparità territoriali

Le Regioni del Nord (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia) garantiscono livelli di efficienza e tempi di attesa medi di 40-50 giorni per prestazioni diagnostiche, contro i 120-150 giorni del Sud.

La spesa sanitaria pro capite varia da 2.400 € in Trentino-Alto Adige a 1.850 € in Calabria (Ministero della Salute, Monitoraggio LEA 2023).

- Carenza di personale

L'Italia conta circa 6 infermieri per 1.000 abitanti, contro i 10 della media OCSE.

Si stima una carenza di oltre 30.000 medici e 65.000 infermieri entro il 2025 (FNOMCeO, Censis).

- Crescente privatizzazione "di fatto"

La spesa privata supera il 25% del totale; oltre il 60% di essa è "out of pocket", pagata diretta-

mente dai cittadini.

Le famiglie con redditi più bassi rinunciano più spesso alle cure per motivi economici (dati GIMBE 2023).

7. Conclusione: un equilibrio fragile

Dal 2010 a oggi, la sanità italiana ha vissuto una fase di contraddizioni e resilienza.

Da un lato, l'Italia mantiene uno dei sistemi sanitari più efficienti e inclusivi al mondo, con aspettative di vita tra le più alte e una mortalità infantile tra le più basse d'Europa.

Dall'altro, la sottofinanziarizzazione cronica, la carenza di personale e le disuguaglianze territoriali ne minacciano la sostenibilità.

La pandemia ha rappresentato uno spartiacque: ha messo in luce le debolezze strutturali ma anche la straordinaria capacità di risposta del SSN. Le riforme avviate con il PNRR e la digitalizzazione della sanità rappresentano oggi un'occasione storica di rinnovamento, ma richiedono continuità, risorse e una governance forte.

La sanità pubblica italiana, figlia della riforma del 1978, è ancora oggi uno dei pilastri della democrazia repubblicana. Tuttavia, il suo equilibrio resta fragile: tra diritto universale e vincolo economico, tra autonomia regionale e responsabilità nazionale, tra l'eccellenza di pochi e la fragilità di molti.

Il futuro del SSN dipenderà dalla capacità del Paese di riconoscere la salute non come costo, ma come investimento essenziale di civiltà.

Mino Dentizzi



Peso: 71%