

Italie

Après le choc initial, des ressources renouvelées pour le système sanitaire, en attendant une réforme plus ambitieuse ?

Mara TOGNETTI-BORDOGNA, Battista Roberto POLILLO et Jean-Olivier MALLET¹

L'Italie dispose d'un système de soins, majoritairement public et universaliste, qui a été l'objet depuis au moins une décennie d'une érosion progressive de sa capacité à protéger la santé d'une population vieillissante et soumise aux pathologies chroniques. Les pouvoirs publics en Italie, premier pays européen touché par la pandémie de Covid-19, ont cherché à y faire face avec rapidité et détermination, comme en témoigne la décision rapide d'isolements collectifs (« zones rouges »), puis de confinement généralisé. Mais les tensions entre l'État central, responsable en situation d'urgence, et les Régions, responsables des systèmes de soins, ainsi que l'affaiblissement d'une culture de « soins primaires » territoriaux et de santé publique, ont entravé les réponses à l'épidémie. Néanmoins, après une période de sidération, les autorités sont parvenues à maîtriser la contagion et à éviter une expansion incontrôlée du virus, non sans conséquences irréversibles du point de vue du nombre de

décès qui lui sont liés (plus de 35 000 à la mi-septembre).

Nous décrivons d'abord l'histoire récente de l'organisation des soins et de leur financement en rappelant brièvement l'origine du système de santé italien et ses principales réformes et en soulignant la diversité des modèles régionaux. Nous analysons ensuite l'impact de l'épidémie et les réactions publiques qu'elle a suscitées. Nous évoquons enfin les propositions avancées dans le débat public pour adapter le système de santé aux défis démographiques et épidémiologiques du XXI^e siècle.

Un système de santé universaliste, sous-financé et différencié selon les régions

Premier pays européen à subir l'épidémie de Covid-19, l'Italie doit improviser une réponse sanitaire en s'appuyant sur un Service national de santé (SSN) créé

1. Mara Tognetti Bordogna est professeure de sociologie à l'université Federico II de Naples : maragraziella.tognetti@unina.it ; Battista Roberto Polillo est médecin expert en santé publique : r.polillo@libero.it ; Jean-Olivier Mallet est membre de l'association Marginalités et Société à Talence : jomamalfi@gmail.com.

en 1978 mais appauvri depuis au moins une décennie (encadré 1).

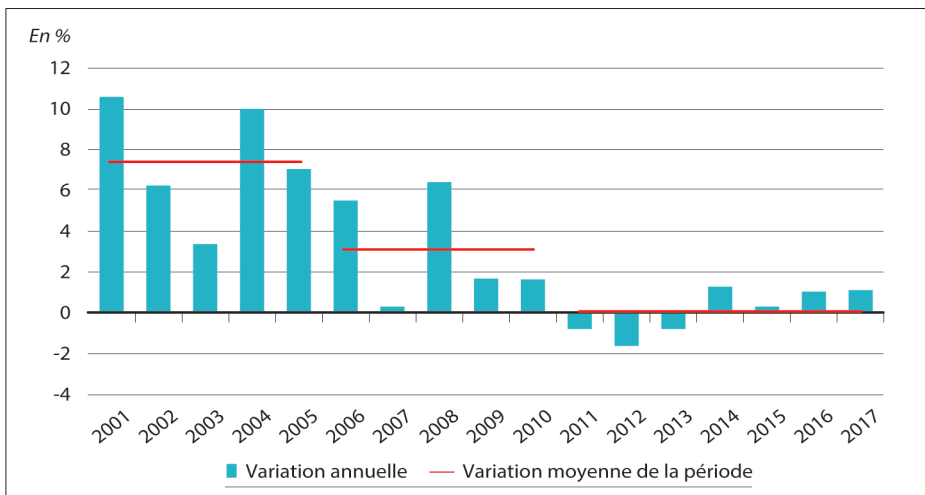
La dépense publique de santé, qui atteignait 7,2 % du PIB en 2000, tombe à 6,6 % en 2017 (tableau 1). Mais dans le même temps, le PIB italien a pratiquement stagné : à cette réduction relative de la dépense publique de santé correspond ainsi un appauvrissement de 37 milliards d'euros entre 2009 et 2017 pour le secteur de la santé. Si le taux de croissance moyen annuel était de 7,4 % entre 2001 et 2005, il tombe à 3,1 % dans la période 2006-2010 et stagne de 2011 à 2015 (-1 % en 2013) (graphique 1). Mais ces taux nominaux annuels de 0,9 % entre 2000 et 2019 doivent être en outre déflatés de l'inflation annuelle moyenne sur la période (+1,07 %), supérieure à l'inflation générale dans le secteur de la santé en raison de l'innovation (équipements, pharmacie, etc.).

Ce progressif désengagement financier du service public a deux conséquences : d'une part, un décrochage de la dépense par habitant de l'Italie par rapport aux pays du Nord de l'Europe² ; d'autre part, une augmentation de la dépense privée directe, peu intermédiée : +2,2 %, soit 25 % de la dépense totale de santé, qui représente 9 % du PIB.

Une dimension de cet appauvrissement concerne le personnel : entre 2008 et 2017, 46 000 postes sont supprimés (-6,2 %), ce qui touche d'abord les personnels non soignants pénalisés par l'externalisation des tâches annexes, mais aussi les médecins (-6,2 %) et les infirmiers (-4,8 %) (tableau 1).

De surcroît, l'émigration professionnelle des jeunes, précarisés, vers les pays du Nord concerne plus de 9 000 médecins dans les années 2010³.

Graphique 1. Dépenses publiques de santé * (2001-2017)



* En termes nominaux.

Source : Rapport de l'agence comptable de l'État (2018).

2. Alors qu'elle est en Italie de 2 400 euros par an et par habitant en 2016, elle est située entre 3 000 et 4 000 euros au Royaume-Uni, en France et en Allemagne et est supérieure à 5 000 euros en Suède (OCDE, 2017).

3. M. Bartoloni, B. Gobbi, « Italia senza medici, ma ogni anno 1.500 fuggono all'estero », *Il sole 24 ore*, 16 settembre 2019, <https://bit.ly/2SCAhPV>.

Encadré 1

Une brève histoire de la santé en Italie

Le SSN italien a été institué par la loi de réforme de la santé 833, adoptée en 1978. Il arrive tardivement par rapport aux pays d'Europe septentrionale. Le service est universel, couvrant toute la population, et il est associé à un secteur privé conventionné.

Une première organisation sanitaire voit le jour en Italie à partir des années 1920 avec le développement d'un système mutualiste. D'autres mutuelles de professions et de métiers sont créées par la suite, dans un contexte où le régime fasciste décide, en 1929, de ne pas développer de programme d'assurance maladie de type universaliste. Cette même année paraît le texte unique des lois sanitaires n° 1265, qui constituera pendant des décennies le texte de référence en matière de couverture santé. Le dernier moment de la « saison mutualiste » est l'institution en 1943 de l'Institut national d'assurance maladie (Inam), la plus grande organisation par son nombre d'assurés et sa présence sur le territoire : elle est dissoute en 1978 avec les autres mutuelles lors de l'entrée en vigueur de la réforme qui crée le SSN. Dans les décennies d'après-guerre, se développe dans le pays un mouvement de masse porteur d'une lutte démocratique multisectorielle dans le but de faire de la santé un droit individuel et une obligation collective, comme le prévoit l'article 32 de la Constitution de 1946. Sous la pression, le gouvernement démocrate-chrétien dirigé par Aldo Moro décide de ne réformer que le seul secteur hospitalier, et fait adopter la loi 132 du 12 février 1968. Malgré son caractère limité, certaines mesures conséquentes sont prises, comme le transfert aux Régions des responsabilités en matière de couverture hospitalière, qui débouche sur la mise en place au 1^{er} janvier 1975 du Fonds national pour les soins hospitaliers selon des paramètres spécifiques à chaque région : dans les hôpitaux publics, au financement au prix de journée (maintenu pour le secteur privé conventionné) est substitué un budget global, tandis que la liste des médicaments pris en charge par l'ex-Inam est étendue à l'ensemble des mutuelles.

Ce n'est qu'avec la loi 833 de 1978 que le long processus vers la mise en place d'un SSN finit par aboutir, comme conséquence de la phase historique de « solidarité nationale », dans laquelle le Parti communiste entre dans la majorité parlementaire sans toutefois faire partie du gouvernement. Les organisations mutualistes sont dissoutes, les unités locales de santé (Unità sanitaria locale, USL) sont constituées, qui gèrent les hôpitaux et les structures ambulatoires. Ce qui relevait auparavant d'un ensemble de structures d'offre de soins fragmenté et hétérogène acquiert une dimension unitaire et cohérente, systémique. L'intervention publique devient prioritaire, dans ce nouveau modèle dont la mission est dédiée à la protection de la santé, hors déterminants de revenu, de condition sociale, et s'inscrit entre prévention, soins et réhabilitation. De plus, l'intervention sanitaire dans son principe doit s'articuler avec le champ médico-social et avec l'action sociale des collectivités locales. Enfin, la source principale de financement passe avec la nouvelle loi des cotisations professionnelles à la fiscalité générale.



Mais au cours des années 1990, d'autres exigences s'imposent aux conceptions et aux pratiques des décideurs. Les décrets-lois 502 de 1992 et 517 de 1993 introduisent une conception managériale de l'activité des USL, rebaptisées à l'occasion Aziende Sanitarie Locali (ASL, entreprises locales de santé) afin d'en améliorer l'efficacité et de résoudre certaines carences économiques de leur gestion. Ils introduisent aussi une nouvelle modalité de financement des structures hospitalières basée sur la tarification à l'activité.

À la fin de cette décennie, une nouvelle dynamique de réformes est engagée par le gouvernement de centre-gauche. Le Parlement adopte alors deux lois-cadres : le décret-loi 229/1999, dit « réforme ter », qui vise à corriger les excès entrepreneuriaux des précédents décrets-lois 502 et 517, et la loi 328/2000 de réforme de l'assistance et de l'action sociales, qui vise à adapter une législation vieille de 30 ans aux changements sociaux et institutionnels.

Ces deux lois, nourries par le débat public sur le « fédéralisme institutionnel et fiscal », cherchent à intégrer la santé et l'assistance sociale dans le mouvement réformateur et modernisateur de l'époque.

Le SSN doit assurer, par des ressources publiques et en cohérence avec les objectifs d'universalité et d'équité fixés par la loi 833/78, des niveaux essentiels et uniformes de soins définis par le Plan national de santé dans le respect de la dignité de la personne humaine et des besoins de santé. Les compétences des Régions sont renforcées : ce sont elles qui doivent assurer un panier légal de prestations de soins préventifs et curatifs (Livelli essenziali di assistenza, LEA), par le moyen des ASL ¹, des hôpitaux publics autonomes et des instituts de recherche scientifique.

Enfin, la réforme du Titre V de la Constitution en 2001 fait de l'État italien un « État fédéral », selon l'expression commune mais impropre juridiquement. Certes, de nouveaux pouvoirs sont délégués aux collectivités territoriales : la commune, la communauté de communes, la Région et l'État sont considérés comme « paritaires dans une logique de subsidiarité, cependant qu'aux Régions sont attribués les pouvoirs législatifs sur toute matière non expressément réservée à l'État ». Mais l'État est désormais garant de l'universalité des droits des citoyens et de l'unité sociale et politique de la Nation, tandis que le mode de financement principal des Régions, en ce qui concerne la santé, passe d'un « budget historique » à un système par capitation, modulé selon un certain nombre de variables sociodémographiques.

Les aspects négatifs de cette réforme apparaissent au grand jour avec la crise de 2008-2009, quand l'État opère des coupes dans le financement public à la santé. À partir de là, les écarts historiques entre régions s'accroissent, entre un Nord aux services de qualité similaires aux pays d'Europe septentrionale et un Sud incapable de garantir les services sanitaires essentiels (Benigni, Polillo, 2008).

1. Les ASL deviennent des entreprises à personnalité juridique publique et à autonomie de gestion par la définition d'un statut privé, qui en fixe les missions et l'organisation.

Tableau 1. Dépenses publiques de santé, effectifs et lits hospitaliers (2000-2017)

	2000	2005	2008	2017
Dépenses publiques de santé/PIB	7,2 %		7,1 %	6,6 %
Personnel ETP		648 000	742 000	696 000
Lits hospitaliers/1 000 habitants	6,5	7,2	3,6	3,3

Source : élaboration des auteurs d'après Ministero della Salute (2019) ; voir aussi <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-l-evoluzione-della-spesa-sanitaria> ; http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3835&area=statisticheSSN&menu=pubb.

Parallèlement, le nombre de lits de soins intensifs à l'hôpital passe de 7,2/1 000 habitants en 2005 à 3,6/1 000 en 2017 (dont un quart dans le privé), sans que l'hospitalisation de jour ne vienne compenser l'ensemble de ces pertes (tableau 1). Le nombre de lits de soins intensifs atteint 5 100 fin 2019 ; même ajoutés aux soins intensifs néonataux et aux lits des unités cardiologiques, ces ressources seront insuffisantes pour répondre à l'épidémie de Covid-19, générant un fort taux d'hospitalisation, en particulier en soins intensifs.

L'impact des coupes budgétaires sur le système de soins est connu : augmentation des listes d'attente, renoncement aux soins d'une partie de la population, recours au privé conventionné. Dès les années 1980 sont introduits des tickets modérateurs. Ceux-ci varient selon les régions et en fonction de l'âge, des revenus et des pathologies ; ils concernent la pharmacie, les examens médicaux et d'imagerie médicale et les visites chez les spécialistes (Sarti *et al.*, 2014). Ils sont en règle générale directement payés par les ménages, ne sont que peu pris en charge par les mutuelles individuelles et d'entreprise, et sont généralement plus substitutifs (soins dentaires,

appareillage, thérapies alternatives...) que complémentaires. De 2012 à 2019 sont ajoutés des « super-tickets modérateurs », finalement supprimés par la loi de finances 2020, qui programmait aussi quelques modestes mesures de relance du SSN. L'ensemble de ces copaiements a eu pour effet d'inciter le patient à recourir au secteur privé conventionné⁴ ou à se rendre aux services d'urgence des hôpitaux, au risque de les saturer.

Si l'État détient une responsabilité en matière de santé internationale, d'établissement des standards des prestations exigibles sur tout le territoire national (LEA), ainsi qu'en cas d'urgence sanitaire, les 20 Régions, c'est-à-dire leur exécutif et leur président, ont une large autonomie en matière d'organisation des soins, de financement supplémentaire (impôts régionaux et tickets modérateurs) et de nomination discrétionnaire des personnels de direction des ASL (Tognetti Bordogna, Ornaghi, 2011). Les modèles organisationnels peuvent être si différents que certains observateurs ont pu qualifier l'Italie de « pays aux 20 systèmes de soins », comme le montrent les cas contrastés de modèles régionaux de santé (encadré 2).

4. L'accès au secteur privé conventionné peut se faire à un tarif moindre en cas de couverture complémentaire avec accords de limitation des augmentations tarifaires ou dans le cadre de paquets de prestations « *low cost* » négociés par la mutuelle. Par ailleurs, les files d'attente sont réduites par rapport à l'hôpital public.

Encadré 2

Modèles sanitaires régionaux

Si la réforme 833 de 1978 met en place une gouvernance des USL qui repose largement sur les municipalités, la « réforme de la réforme » de 1992-1993 (D. lgs 502/517) a pour objectif de renforcer le rôle des Régions, le management des unités locales et des hôpitaux (devenus significativement « *aziende* », entreprises) et leur mise en concurrence. Enfin, la modification du titre V de la Constitution en 2001 établit une compétence concurrente entre État et Régions, attribuant au premier les standards minimaux (LEA) des prestations légales, mais laissant aux secondes la détermination du modèle organisationnel et la fourniture de prestations complémentaires à charge du budget régional. C'est dans un contexte où la santé constitue 80 % environ des dépenses régionales que les Régions, en tant que collectivités territoriales élues, choisissent des modèles d'organisation des soins.

a) Le modèle de « quasi-marchés » de la Région Lombardie, inspiré de la réforme Thatcher du National Health System en 1991, insiste sur la séparation entre financeurs-régulateurs et prestataires de soins, ces derniers étant en concurrence face aux patients-clients. Le modèle lombard repose ainsi sur la séparation entre la fonction de production des services qu'ont en charge les ex-entreprises hospitalières (Aziende socio-sanitarie territoriali, ASST) et celle de financement attribuée aux « agences de garantie de la santé » (Agenzie di Tutela della Salute, ATS) sous la surveillance depuis 2015 d'une agence régionale de contrôle des comptes. La réforme lombarde de 1997 a effectivement généré un système de soins d'excellence technique du secteur public et privé accrédité (ce dernier recevant environ 40 % des crédits régionaux), mais a partiellement délaissé le « territoire », les maladies chroniques et les secteurs moins rentables d'intervention.

b) Le modèle intégré, développé en Émilie, en Toscane, mais aussi en Vénétie, insiste au contraire sur la coordination des organisations sanitaires dans une programmation régionale impliquant des acteurs aux statuts différents, de la programmation à la réalisation des programmes. Cette implication est considérée comme une condition de l'engagement durable des acteurs, ainsi mis à égalité, dans la réalisation des objectifs.

c) Les Régions du Sud, souvent qualifiées de « bureaucratiques de type hiérarchique », parce que leur intervention peut se limiter aux seuls programmes de santé prévus par la réglementation nationale, ont connu entre 2007 et 2019 sous la direction de l'État central des « plans de retour » à l'équilibre comptable, en fait des plans de réajustement financier, couronnés de succès d'un point de vue quantitatif, mais facteurs de dégradation qualitative des soins. En raison du manque de structures et des files d'attente (dues à un rationnement implicite), les Régions méridionales ne peuvent le plus souvent garantir le respect des LEA, ce qui conduit à une migration sanitaire vers les régions du Nord.

Le résultat est double : les ressources correspondant au coût des prestations partent vers les Régions d'accueil des patients au Nord à travers un mécanisme de compensation sanitaire à charge des Régions de résidence au Sud, tandis que ces dernières s'appauvrissent et réduisent en conséquence les services.

L'état d'urgence sanitaire est décrété

Une des images médiatiques de l'épidémie est celle de convois de camions militaires à Bergame, évacuant des centaines de cercueils hors de la région pour qu'ils soient incinérés. Le ministère de la Santé italien a dénombré plus de 248 803 personnes contaminées, dont 209 976 ont été guéries et 35 181 sont décédées.

Le 31 janvier 2020, le gouvernement italien déclare « l'état d'urgence sanitaire » pour six mois malgré la défiance initiale de la population, qui par la suite suivra avec discipline les mesures de confinement. Au début, le virus semble relever d'un phénomène exotique. La mise au jour dans les semaines précédentes de petits *clusters* de pneumonie atypique en Émilie-Romagne ne fait pas l'objet d'une attention particulière : le nouveau coronavirus, qui frappe Wuhan et le Hubei, paraît alors un phénomène étranger à l'Europe. Cependant, l'accumulation de cas suspects puis identifiés interpelle progressivement les autorités sanitaires régionales puis nationales, avant que ne s'impose la perspective d'une pandémie (*clusters* de Lodi et Codogno en Lombardie et de Vò Euganeo en Vénétie). En revanche, début mars, la vallée Seriana dans le département de Bergame, où l'expansion du virus provoque la saturation des urgences de deux petits centres hospitaliers d'Alzano et Nembro, n'est pas isolée en « zone rouge ». Ni le gouvernement central, ni la Région Lombardie ne s'y résignent. Zone industrielle dense, particulièrement intégrée par ses fournisseurs de composants dans l'industrie automobile allemande, cette vallée échappe au blocage grâce à l'intervention de l'organisation patronale régionale Assolombarda, la plus puissante de la Confindustria, le Medef

italien. La crainte de la perte de marchés allemands face à la concurrence de l'Europe de l'Est semble avoir été décisive. La surprise de l'épidémie, sous-estimée lorsqu'elle frappait certaines régions chinoises, avec lesquelles la Lombardie était en relations commerciales, provoque un choc local de sidération, mais la suspension précoce des vols avec la Chine n'interrompt pas les échanges indirects, sources de contagion.

Tandis que le modèle hospitalo-centrique classique – tempéré par une responsabilité collective d'équipe accrue – domine dans l'organisation des soins (urgences, soins intensifs et réanimation...) aux cas suspects et aux patients pour la fourniture du matériel et la gestion du confinement, l'État central, par le biais de la Présidence du Conseil des ministres, impose immédiatement le pouvoir de la Protection civile nationale à ses organes régionaux. Le gouvernement s'appuie alors pour établir les décrets de la Présidence du Conseil des ministres (DPCM) sur un comité technico-scientifique, composé de membres de l'Institut Supérieur de la Santé (virologues, immunologues, épidémiologistes, infectiologues, statisticiens...), d'experts de renom (auprès de l'OMS, d'universités italiennes ou étrangères...) et du Commissaire au Covid-19 (chargé de la logistique des approvisionnements : équipements de protection individuelle ou EPI, tests, oxygène, respirateurs, etc.). Pendant plusieurs semaines, la réunion quotidienne du comité à 18 heures à la Présidence du Conseil, retransmise en direct sur toutes les chaînes de télévision, constitue un moment collectif national, solennel et dramatique, de l'épidémie. Sont ainsi pris jusqu'en avril les actes scandant les décisions des autorités centrales. Certaines Régions (en particulier la Vénétie) ont aussi constitué des comités analogues,

dont les avis ont pu contraster avec ceux du Comité national. La légitimation scientifique des comités techniques national et régionaux en aide à la décision politique souffre cependant d'une forte incertitude concernant le virus et de tensions manifestes entre écoles académiques s'agissant des traitements et des perspectives de santé publique. Ce n'est qu'après les communications des experts sanitaires puis des économistes que le Parlement est impliqué dans le débat public, et que d'autres acteurs que les experts sont invités à leur tour à se prononcer sur les perspectives de sortie de crise dans un contexte de moindre visibilité gouvernementale. La présentation devant le Parlement comme l'édiction d'un décret-loi en mai intervient tardivement. L'état d'urgence autorisant le recours aux décrets gouvernementaux est néanmoins prolongé bien au-delà du 31 juillet 2020.

***Les hôpitaux au centre
de la crise sanitaire
en Italie du Nord***

Au contraire des travailleurs de certains secteurs industriels allant jusqu'à la grève pour réclamer la sécurité des conditions de travail, ceux des hôpitaux sont d'abord enclins aux protestations individuelles et collectives par voie de presse et sur les réseaux sociaux contre les carences initiales, notamment la rareté des EPI dans certains services. Ce n'est que bien plus tard que des mouvements de revendication, portés par les organisations syndicales, émergent dans les établissements.

La difficulté des hôpitaux lombards à faire face à l'afflux de malades symptomatiques début mars, notamment dans les départements de Bergame puis de Brescia, constitue un signal fort, qui provoque la mise en place de mesures rapides de renforcement des services de soins intensifs

et l'extension du confinement, généralisé à l'ensemble du pays le 9 mars 2020.

Ces mesures de renforcement sont pour une part internes aux hôpitaux : double accès aux urgences avec un pré-triage sous tente devant l'hôpital, réorganisation des services (transformation temporaire de l'infectiologie et de la pneumologie en services de traitement des patients atteints du Covid-19, transformation parallèle de lits de soins en lits de pré-sortie après réanimation, voire intubation). Mais ces transformations d'initiative interne souvent appuyées par les directions hospitalières, comme les initiatives spontanées de reconversion temporaires d'entreprises textiles en fabriques de masques et d'usines métallurgiques en production de respirateurs, n'auraient pu répondre à la pression épidémique sans une intervention combinée du ministère de la Santé, de la Protection civile et des Régions : avec le décret Cura Italia dès mars, des EPI, du matériel de réanimation (respirateurs, parfois rapportés en Italie par le ministre des Affaires étrangères) et surtout du personnel ont pu arriver dans les hôpitaux des régions touchées. De surcroît, des étudiants en médecine ayant passé l'examen de 6^e année et des internes de diverses spécialités sont affectés aux services dédiés au Covid-19, leur période de soins étant validée sur le plan universitaire dans le stage hospitalier. Deux appels à volontaires médicaux (9000) et infirmiers (5000) sur contrat à durée déterminée ont été par ailleurs lancés avec succès : médecins remplaçants disponibles, mais aussi jeunes retraités, et, dans un pays au faible nombre d'infirmiers, intérimaires ou titulaires acceptant une disponibilité pour cause d'intérêt majeur.

La Région Lombardie, en pleine crise épidémique, inclut les hôpitaux publics

et privés accrédités-conventionnés dans le Plan Covid. Mais faute de services d'urgence suffisants et de structures de soins intensifs dans le privé, ce sont surtout ses laboratoires d'analyse biologique qui sont mobilisés pour les tests, lesquels sont limités cependant aux cas suspects et non élargis aux membres asymptomatiques des familles. La Région Vénétie procède en revanche à une campagne de tests sur ces derniers, qui se révèle efficace.

L'apport du service de santé des armées est double : des médecins militaires interviennent en appui dans des services hospitaliers, cependant que l'armée procède à l'installation d'hôpitaux temporaires de campagne à Brescia, Crémone et Crema. Mais la présence la plus médiatisée est celle de l'arrivée à Rome et à Milan de deux équipes médicales chinoises en provenance directe de Wuhan, d'une équipe russe dans des avions-cargos lourdement chargés de matériel de réanimation, de la brigade internationale médicale cubaine Henry Reeve spécialiste du virus Ebola et enfin d'une trentaine de personnels albanais accompagnés du Premier ministre italo-phonie de Tirana : cette aide internationale vient en appui localement des personnels hospitaliers et élargit les échanges thérapeutiques et scientifiques sur les virus ; elle a aussi un impact dynamisant au moment le plus dramatique de l'épidémie, quand l'Italie se sent alors isolée de l'Europe à cause de la contagion, ailleurs mal perçue. Et ce, malgré quelques donations de matériel et le transfert de 47 patients soignés dans des hôpitaux allemands.

**Maisons de retraite
et médecins généralistes
à la peine**

L'impact sur le système hospitalier est celui qui a marqué le plus les esprits

dans la phase initiale de l'épidémie, mais progressivement, en fin de cette phase aiguë, deux angles morts sont révélés : les maisons de retraite et les décès à domicile. Malgré la suspension des visites des familles dès début mars, l'invasion de l'épidémie dans les maisons de retraite (residenza sociali assistite, RSA) des départements de Bergame et de Brescia puis rapidement de Milan est favorisée par plusieurs facteurs : la faiblesse du contrôle médical et infirmier dans ces établissements peu médicalisés, l'absence prolongée d'EPI et la décision de certains d'entre eux (16 sur 400 en Lombardie) de recevoir sur demande de la Région (délibération du 8 mars) des patients atteints du Covid-19 sortis de l'hôpital contre paiement d'un prix de journée supplémentaire, alors même que les locaux et l'organisation des équipes ne se prêtent pas à l'isolement. L'effet est dramatique pour les résidents de ces établissements, pour les personnels livrés à eux-mêmes et pour les familles interdites d'accès même lorsque leurs proches sont mourants. De nombreuses familles constituées en comités dénoncent ainsi les établissements et les autorités sanitaires régionales. La faiblesse de la médecine territoriale, particulièrement en Lombardie, disposant de peu d'EPI et de tests naso-pharyngés et sans procédures coordonnées d'intervention, rend difficile son intervention au domicile des patients suspects de signes cliniques Covid. Ceux qui ne sont pas transportés à l'hôpital avec les conséquences parfois catastrophiques déjà soulignées (notamment dans le département de Bergame) peuvent être laissés sans visite ni intervention à domicile, au risque d'une contamination des membres de la famille et d'une aggravation du tableau clinique. Un certain nombre d'entre eux décèdent à domicile sans qu'un test ait

été effectué ni durant la maladie ni *post mortem*. Il s'en suit un re-calcul des décès liés au Covid-19 non seulement basé sur les décès confirmés à l'hôpital et publiés chaque jour par la Protection civile, mais aussi sur celle de la surmortalité constatée à partir des certificats utilisés par l'institut national de statistiques (Istat) et l'Institut national de la prévoyance sociale (INPS), principale entité du système public de retraite italien. Les médecins généralistes, qui ont poursuivi les visites durant cette période, connaissent un taux de morbidité et de mortalité exceptionnel⁵. L'ordre des médecins départemental de Bergame, puis celui de la Région Lombardie dénoncent la gestion régionale « irresponsable » de l'épidémie. Dès fin mars, le décret Cura Italia met en place les unités spéciales de continuité des soins (unite speciale di continuità assistenziale, USCA), chargées de suivre téléphoniquement, *via* Skype ou à domicile, les cas suspects, les malades ou ceux sortis de l'hôpital : formées d'internes en médecine, de médecins de santé publique, de « garde médicale » (SOS Médecins publics, souvent en CDD), ces équipes, qui viennent en appui des généralistes, se constituent assez lentement. Au printemps, lors de l'élaboration d'un document d'organisation des USCA sur le territoire national, les tensions sont vives entre fonctionnaires du ministère de la Santé et représentants syndicaux de l'organisation majoritaire des généralistes (FIMMG) : les premiers sont favorables à l'attribution de la responsabilité des unités aux districts (structures publiques de soins primaires), tandis que les seconds

revendiquent l'hégémonie des médecins généralistes, au point de provoquer un ralentissement dans la mise en place de ces structures⁶, voire leur suspension dans certaines régions. Enfin, la faiblesse des services de prévention est manifeste, freinant le traçage de la contagion et le contrôle des mesures d'isolement.

Si la Lombardie connaît une explosion de l'épidémie, d'autres régions du Nord sont moins touchées, qui réagissent distinctement et avec plus ou moins d'efficacité selon les cas (encadré 3). C'est vrai notamment de la Vénétie qui conserve un réseau de médecine territoriale dense et qui choisit dès le début, contre les recommandations des experts du gouvernement, une stratégie large de dépistage des malades légers puis asymptomatiques par tests rhinopharyngés. Ces mesures ralentissent la diffusion du virus et attirent l'attention internationale sur cette stratégie régionale efficace⁷. Les Régions du Sud, au système de soins fragile, font pression pour limiter pendant tout le confinement les déplacements en provenance du Nord et évitent ainsi la catastrophe sanitaire redoutée.

Lent déconfinement et mesures en prévision d'une seconde vague

Le passage progressif au déconfinement consiste en la mise en place de ressources et de mesures de stabilisation de la situation. Il est sanctionné par le décret-loi Rilancio de mai, converti en loi par le Parlement le 24 juillet.

5. Sur 169 décès enregistrés au sein du personnel de santé début mai, près de la moitié concerne des médecins généralistes, selon la FNOMCeO (Ordre national des médecins italien).

6. En Lombardie, début mai, sur 170 équipes prévues, seules 40 sont opérationnelles.

7. *Financial Times*, 6 avril 2020.

Encadré 3

Lombardie et Vénétie : deux visions, deux modalités d'action

L'incidence des décès liés au Covid-19 représente 0,16 % de la population en Lombardie et 0,04 % en Vénétie. Les deux Régions réagissent diversement à l'épidémie. Les différents modèles de système sanitaire historiquement mis en place ainsi que leur configuration organisationnelle singulière ont entraîné des choix différents, notamment dans le poids assigné à l'hôpital et au « territoire » – médecine de ville, secteur sanitaire et social – avec des temps et des stratégies spécifiques. L'impact de l'épidémie est beaucoup plus fort en Lombardie où sont concentrés 40 % des cas de contamination et presque la moitié des décès du pays.

Le système de santé lombard se présente comme un système hospitalier « high tech » de qualité, doté d'une efficacité gestionnaire reconnue. Mais il fait difficilement face à l'épidémie, car les réseaux de services territoriaux et la médecine générale ont été précédemment négligés. Malgré l'extension des thérapies intensives et la construction de structures dédiées, comme « l'Hôpital de la Foire » (Milan) sur financement et contributions privés et appuyé sur la technostructure de l'hôpital privé-accrédité San Raffaele, l'impréparation et le manque de dispositifs de protection dans les hôpitaux et les maisons de retraite, où se diffuse d'abord le virus, sont patents.

La Vénétie, avec un modèle actif d'identification des ressources en EPI et de stratégie de blocage de la contagion, montre au contraire son efficacité. La Région s'est en effet dotée de services ambulatoires de terrain, structurés en districts sanitaires et sociaux, la médecine générale y est valorisée et les isolements systématiques et rapides constituent une barrière efficace au virus : les tests-tampons (rhino-pharyngés) nombreux et ciblés comme l'institution précoce de « zones rouges » (Vò Euganeo) limitent la contagion pendant le printemps.

Enfin, l'attitude des deux présidents de Régions diffère : attentiste en Lombardie, elle se veut décisionnaire en Vénétie. Pour les mesures comme le confinement, l'État central, malgré un gouvernement fragile, manifeste temporairement un interventionnisme remarqué, de même que les Régions pour l'appuyer comme d'ailleurs pour le freiner.

Redéploiement et réorganisation du système de soins

À partir de fin avril et au cours du mois de mai, les structures temporaires sont progressivement démontées (hôpitaux militaires de campagne, méga-hôpital régional de 21 millions d'euros à la Foire de Milan ⁸, fermeture de la plupart des « hôtels Covid », redimensionnement

des parcours Covid des services d'urgence). Les équipes médicales étrangères quittent les hôpitaux lombards et retournent dans leurs pays. Peu à peu, les examens et soins non-Covid, ceux qui concernent en particulier les pathologies chroniques, souvent suspendus depuis début mars en raison de la réorganisation des services et de l'appréhension des

8. Sous-utilisé, cet hôpital n'a accueilli que 15 patients au lieu des 300 prévus, et n'a jamais été achevé.

patients, reprennent en fin de printemps à un rythme plus ordinaire. Mais la persistance de l'épidémie (inégalement selon les régions) et la crainte d'une résurgence avec le déconfinement (en particulier interrégional début juin) ou d'une seconde vague à l'automne 2020 génèrent une série de décisions aux niveaux régional et national, qui constituent un véritable redéploiement du système de soins au-delà de l'urgence épidémique immédiate. Le rôle des comités d'experts technico-scientifiques, visible pendant la phase précédente, comme l'ont été les positions souvent contradictoires de leurs membres, se poursuit au milieu de critiques croissantes, cependant que des comités d'experts économiques, au statut plus connu, les rejoignent.

Nouvelles ressources pour le système de santé

« Le gouvernement investit dans la santé plus que cela n'a été fait dans les cinq dernières années », affirme à l'été 2020 Roberto Speranza, ministre de la Santé du gouvernement Conte 2. Avec le décret Cura Italia en mars et surtout le décret-loi Rilancio en mai, les sommes supplémentaires dédiées au SSN par l'intermédiaire des Régions sont passées de 2,8 à 4,6 milliards (8,4 milliards au

total) : certainement un chiffre important, qui compense pour une part les coupes budgétaires des dix années précédentes (tableau 2). En attendant peut-être d'autres investissements fléchés santé permis par les prêts du Mécanisme européen de stabilité ou du Recovery Fund (New Generation UE).

Un renforcement des ressources humaines à l'hôpital et dans les territoires est également programmé. De nouveaux lits de soins intensifs sont créés, dont la moitié doivent être disponibles au cours de l'automne. Outre le bonus général pour le personnel hospitalier de 2000 euros, un « bonus spécial baby » de 1000 euros sera distribué aux parents concernés. Les internes de 3^e et 4^e année verront validés leurs stages prolongés en services Covid et bénéficieront d'une augmentation de leur bourse d'étude. Leur revendication historique, « Ma bourse d'étude est ton droit à la santé », a stabilisé pour le moment la formation médicale soumise à une pénurie de postes et de bourses d'internat entre second et troisième cycle. On passe donc de mesures temporaires (rappel de médecins retraités, volontaires d'équipes médicales étrangères, service de santé militaire, mobilisation d'étudiants en médecine diplômés) à des mesures vouées à

Tableau 2. Investissements et recrutements à court-moyen terme

	Décret Cura Italia 2020	Décret Rilancio Italia 2020	Décret Rilancio Italia 2021
Financements supplémentaires	+2,8 milliards d'euros	+4,6 milliards d'euros (prime >2000 euros personnel mars-avril 2020)	+0,05 milliard d'euros
Prévision recrutement personnel		+9600 infirmiers et +600 assistants sociaux, psychologues dans les USCA (en CDD)	Titularisation des CDD en CDI
Lits soins intensifs supplémentaires	5000	3130	

Source : élaboration des auteurs d'après les annexes techniques des décrets.

être pérennisées (recrutement en CDI, régularisation de parcours d'internes après le doctorat en médecine au bout de 6 ans (« *laurea in medicina* »)).

Le décret-loi prévoit aussi de créer des milliers de postes nouveaux de soignants, d'assistants sociaux et de psychologues d'ici fin 2020. Une partie de ces postes nouveaux est destinée à renforcer la figure encore rare de l'« infirmier de communauté », chargé de la coordination territoriale. Depuis les années 1990, certaines Régions ont constitué des « districts sanitaires et sociaux », structures de santé territoriale coordonnant les cabinets de groupe de médecins généralistes parfois réorganisés en maisons pluridisciplinaires de santé, les dispensaires là où ils existent, les services sociaux des communes éventuellement. Mais le manque chronique d'infirmiers favorise leur affectation prioritaire en hôpital et peu de postes sont attribués en « districts ». Quelques postes de médecins et d'infirmiers iront aussi demain compléter les USCA, ces unités spécialisées de continuité des soins créées pendant l'épidémie et qui pourraient se révéler importantes aussi pour le soutien à la médecine de ville dans le suivi des pathologies chroniques.

Le modèle global de réorganisation des soins primaires n'est en revanche pas encore défini. Au-delà des ressources financières mises à disposition reste la résolution d'une série de problèmes : le « district sanitaire et social » comme espace d'organisation et de planification des interventions extra-hospitalières est souvent demeuré une coquille vide, dont les fonctions n'ont pas été remplies ou ont été déléguées par défaut aux médecins généralistes. Or ces derniers, professions

libérales conventionnées, sont demeurés jaloux de leur autonomie et sans rapport organisationnel étroit avec les autres personnels salariés de soins primaires, aux objectifs et procédures parfois divergents. Ce conflit historique est réapparu à l'occasion de la discussion du document d'organisation des USCA et pèsera dans le débat sur la réforme annoncée pour l'automne 2020 par le ministre de la Santé (« États Généraux de la Santé »).

Enfin, à l'instar du StopCovid français, l'application digitale volontaire « Immuni », basée sur le Bluetooth et non la géolocalisation, doit accompagner le traçage des équipes dédiées. Lancée début juin, elle a vu s'y connecter en 72 heures 2 millions de personnes. Progressivement, le rythme de connexion s'est ralenti, comme celui de l'adhésion à l'enquête sérologique conjointe de l'Institut supérieur de santé et de l'Institut national de statistiques (ISS-Istat) sur le contact de la population au virus : un motif commun pourrait être lié à la crainte – en cas de positivité – de délai d'attente prolongé avant le test-tampon rhinopharyngé, contraignant à une mise en quarantaine au délai incertain dans certaines régions faute de réactivité⁹. Néanmoins, en fin d'été, les connexions à l'application atteignent 3,5 millions.

Le débat et les propositions sur la restructuration du service de santé

Les réactions à l'épidémie suscitent des réflexions et de nombreuses propositions transversales. Un consensus temporaire et fragile se dessine autour de la nécessité d'un repositionnement du système de soins à travers la fenêtre d'opportunité

9. Comme le montrent encore fin août les retards aux tests obligatoires sur les touristes italiens revenant de pays européens considérés « à risque » par le gouvernement.

ouverte par l'urgence et la possibilité d'un financement exceptionnel. Les propositions avancées par de nombreux experts, acteurs associatifs, syndicaux et politiques cherchent à stimuler ce débat quasi consensuel (Tognetti, 2020 ; Geddes da Filicaia, 2020). En voici les principales orientations.

Le système de soins gagnerait selon ces acteurs à être recentré sur les soins primaires et les services territoriaux, non seulement pour faire face à cette pandémie et aux suivantes, mais aussi pour tenir compte des pathologies chroniques et invalidantes croissantes, qui requièrent des soins de longue durée (Geddes da Filicaia, 2020). La pandémie de Covid-19 montre que la médecine générale en cabinets de groupe, en réseau avec d'autres professions sanitaires et médico-sociales peut et doit garantir de manière efficace la continuité des soins, la coordination des spécialistes ainsi que le rapport avec la population. Le renforcement du système de contrôle médical et d'inspection en milieu de vie et de travail, c'est-à-dire les activités d'hygiène, de santé publique et de prévention, sera un élément important au niveau local, régional et national en raison du caractère mondialisé de pathologies comme la récente pandémie. En effet, cette intrication vie privée-vie professionnelle, mais aussi les caractéristiques particulières de l'actuelle épidémie (toujours sans traitement majeur ni vaccin), incitent à donner la priorité à la promotion de la santé (Proia, Polillo, 2020). À cette fin, il serait nécessaire de renforcer fortement les ressources des professionnels concernés, mais aussi d'introduire des méthodologies d'enquête comme des pratiques d'implication et d'activation des travailleurs sur des sujets de santé et de qualité au travail longtemps subordonnés à de seuls critères économiques : la

valorisation de la figure légale et conventionnelle du représentant des travailleurs pour la sécurité et la santé au travail (*Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza*, RLS), élu par les salariés et impliqué dans la validation du rapport d'évaluation des risques dans l'atelier ou l'entreprise, pourrait en être une étape.

À la suite de l'expérience de l'épidémie, une meilleure coordination des différents services pourrait permettre d'éviter la fragmentation des interventions en amont des urgences, donc de moins surcharger les hôpitaux et de diminuer les hospitalisations tardives en soins intensifs : coordination entre centre et périphérie, comme sur le terrain entre médecine de ville, médecins urgentistes et services hospitaliers d'une même région (Tognetti, 2020). Concernant la population, il apparaît souhaitable de lui permettre d'atteindre un niveau de compréhension individuel et collectif des problèmes de santé, et de l'inciter à une modification volontaire des styles et des conditions de vie (Health Literacy).

Le développement de la télémédecine, domaine où les services de santé italiens ont longtemps été en retard, s'appuie sur la diffusion de technologies dans les différents lieux de prévention et de soins. L'épidémie a montré l'intérêt de pouvoir suivre l'évolution des conditions cliniques des patients à distance, particulièrement pour les personnes âgées atteintes de pathologies plurielles, sans besoin d'hospitalisation (au risque effectif d'infections nosocomiales), mais nécessitant une surveillance régulière ou bien pour les personnes isolées dans des « déserts médicaux » (comme des territoires de montagne) ou des zones mal desservies en services ou en transports. Enfin, la robotique pourrait être mobilisée, non seulement en chirurgie, mais aussi en soins

Encadré 4

Le projet de rénovation du Service national de santé

Selon le forum de discussion Tina Anselmi ¹ (Polillo, 2020), deux objectifs sont proposés : retrouver les valeurs de 1978 ² et réviser la réforme du Titre V de la Constitution de 2001, qui a établi une forte régionalisation de la santé (De Bonis, Rappellino, 2020).

Le projet d'une médecine adéquate au vieillissement et à la chronicité, d'une médecine d'initiative sinon prédictive, et d'une médecine intégrée est au cœur de ces réflexions réformistes (French, Mykhalovskiy, 2013). La promotion de la médecine générale, comme des services de prévention (observatoires épidémiologiques) est réclamée, ainsi que le développement d'une participation professionnelle et associative aux décisions collectives en santé (Maccacaro, 1979), contre le modèle d'« entreprise » au management autocratique instauré depuis 1993. Le modèle proposé, qui actualise le projet de la loi 1978 instaurant le SSN, est celui d'une organisation systémique, où les différents éléments articulés coopèrent (Tognetti Bordogna, 2017). Selon les auteurs de ces propositions, la promotion de la télémédecine permettrait de modifier la gouvernance globale, comme d'accélérer la coordination organisationnelle entre secteurs de la santé (Tognetti, 2020).

L'organisation imaginée

Pour le « territoire », les groupes professionnels (médecins, infirmiers et infirmières, etc.) et de pression favorables à une réforme (syndicats et administrations publiques) ont proposé un retour aux districts sanitaires et sociaux, où s'insère la médecine en cabinet de groupe, voire un développement des maisons de santé pluridisciplinaires. L'actuel statut de profession libérale conventionnée des médecins généralistes pourrait être alors en question.

Pour les hôpitaux, est préconisé le passage d'un modèle d'« entreprise » vertical et hiérarchisé au management quantitatif centré sur l'efficacité comptable, où le directeur est nommé et dépend du pouvoir politique régional, à un modèle collectif ouvert à la représentation professionnelle et citoyenne, à un management plus qualitatif (concertation, dialogue social) et participatif (notamment, éducation thérapeutique) centré sur l'efficacité sanitaire. La tension entre spécialisation et continuité des soins est un problème à résoudre.

Une gouvernance renouvelée

Le modèle de gouvernance nationale du SSN italien pourrait être repensé à partir des relations institutionnelles entre l'État central et les Régions. L'épidémie a mis au jour les carences importantes en ce qui concerne la médecine générale et la prévention au point de submerger, lors de son pic, le système de soins de la plus riche région italienne, la Lombardie, dont les standards hospitaliers sont les meilleurs du pays et sont en tout point comparables aux pays avancés du Nord de l'Europe. Aujourd'hui est ainsi mise en avant la proposition de confier à l'État une compétence exclusive en matière sanitaire, privilégiant la distribution directe



de soins de la part des structures publiques et laissant au secteur privé accrédité un rôle secondaire. L'épidémie a montré la supériorité de services publics par rapport à un dispositif privé, souvent plus coûteux. Le rôle du ministère de la Santé s'est révélé fondamental dans la gestion de l'épidémie et il devrait être favorisé en réduisant celui, actuellement prépondérant, du ministère des Finances, qui de fait dispose des ressources et détermine leur affectation.

Au niveau local des ASL, la gouvernance mériterait selon le forum Tina Anselmi une révision. Aujourd'hui, le pouvoir est dans les mains d'un directeur général (nommé par le président de Région), sans participation du personnel au processus décisionnel. En outre, lors de la redéfinition du rôle des collectivités locales (communes), un avis contraignant dans la phase de programmation des services et dans celle de l'évaluation (par la Région) du directeur général de leur ASL de référence pourrait leur être attribué. Ainsi, le personnel sanitaire et médico-social a subi au cours des années une progressive dévalorisation, qu'il convient d'interrompre, par exemple en privilégiant la gestion des parcours de soins intégrés par pathologie par rapport à celle des prestations par filière. Le renforcement au niveau de l'ASL, comme aux niveaux régional et national, des institutions de dialogue social avec les syndicats passe par son caractère contraignant sur des thèmes comme l'organisation et la sécurité du travail ou le tableau des personnels titulaires, actualisé selon les besoins des services et les évolutions techniques, sociales et culturelles. Enfin, les professionnels de santé (médecins et infirmiers surtout) pourraient se voir confier un rôle de supervision dans la programmation, le contrôle ainsi que la vérification des services.

Pour mener une politique de santé publique efficace, il convient notamment d'augmenter les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé de la population, en particulier à travers la création et la coordination d'organismes spécifiques, les services de santé publique existants étant souvent devenus résiduels. Articulés avec les dispositifs d'information, le renforcement des soins primaires, des districts médico-sociaux et des centres de santé féminins (*consultori*) est un axe central de la rénovation souhaitée. En ce sens, un contrat unique du personnel, incluant les médecins généralistes et les spécialistes en dispensaires serait à envisager, pour appliquer la loi 328/2000 et articuler l'action médico-sociale avec les soins en cabinet et à domicile.

1. L'association Tina Anselmi, du nom de la ministre démocrate-chrétienne de la Santé, qui, dans les années 1980, a cherché à faire appliquer la loi de Santé 833/1978, est un forum de discussion, dont l'objectif est de proposer aux différents décideurs nationaux et régionaux un paquet de réforme à moyen et long terme.

2. Prise en compte des déterminants de santé : style de vie et conditions de vie et de travail.

primaires dans des situations simples et routinières. Les épidémies révèlent et aiguisent les inégalités sociales en santé : outre les mesures sociales, une action sur l'accès aux technologies de l'information et de la communication est nécessaire pour contribuer à les réduire.

Parallèlement, la structuration d'un système public de suivi de la santé de la population et de *big data* et le renforcement des observatoires épidémiologiques apparaissent indispensables (Dentico, 2020) : les systèmes d'information exigent des structures adaptées

sur le plan des spécialités et du personnel, mais de préférence intégrées dans une structure unique. La multiplicité et surtout la fragmentation des unités de santé publique n'ont pas permis d'avoir un tableau actualisé et systématique de la situation sanitaire du pays, de fournir des données utiles pour la programmation des services ni de mettre à disposition des décideurs, des chercheurs et des citoyens des données suffisamment fiables et utiles.

Après le choc traumatique de l'épidémie de Covid-19 en Italie, de nombreux observateurs et experts ont commencé à imaginer une rénovation du SSN (encadré 4), victime des coupes budgétaires (Blanchet *et al.*, 2017), puis héros de la lutte contre l'épidémie. Leurs propositions visent à préparer ce dernier à une éventuelle deuxième vague du virus ou à d'autres épidémies, que la dégradation de l'environnement et l'asymétrie des rapports homme-nature favorisent.

Conclusion

L'Italie possède un système de soins majoritairement – mais non exclusivement – public, doté de structures hospitalières souvent de qualité, mais de peu de services territoriaux suffisants, et clivé entre les « compétences concurrentes » de l'État et des Régions. Ce système, frappé par l'épidémie de Covid-19, a révélé des défaillances, mais il a résisté, non sans difficultés. Il a bénéficié de l'appui temporaire de l'État central, pour rebondir et chercher à sortir de la longue phase de régression financière, professionnelle et matérielle, qui l'avait caractérisé pendant une décennie. À l'occasion de l'épidémie, le cœur public du système, le SSN, universaliste en son principe, est désormais célébré par le gouvernement,

une partie des médias et des professionnels comme un « bien commun » insubstituable, qu'il faut repenser dans l'esprit de la réforme de 1978 contre la conception économiciste de « santé-entreprise » mise en avant en 1992-1993. Pourtant en décembre 2018, les cérémonies de commémoration du 40^e anniversaire du SSN avaient été limitées aux historiens et aux spécialistes de la santé : la vague prolongée des politiques d'austérité avait alors suscité des discours surtout nostalgiques sur les promesses perdues de la réforme de 1978. Il a fallu le choc traumatisant de l'épidémie pour ressusciter l'intérêt massif pour un système public et universaliste. Avec les décrets Cura et Rilancio, les fonds à court et moyen terme ne manquent pas. Les chantiers sont clairement définis : place du secteur privé dans le financement et l'offre de soins, renforcement de la coordination de l'État central et rôle des Régions, financement et péréquation interrégionale, revalorisation des professions. La pression publique sera-t-elle suffisamment forte et durable pour appuyer une réforme ambitieuse ?

Achevé de rédiger le 9 octobre.

Sources :

Benigni B., Polillo R.B. (2008), *Salut e cittadini nel servizio sanitario nazionale*, Roma, LiberEtà.

Blanchet K., Nam S.L., Ramalingam B., Pozo-Martin F. (2017), « Governance and capacity to manage resilience of health systems: Towards a new conceptual framework », *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 6, n° 8, p. 431-435, <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>.

De Bonis I., Rappellino P. (2020), « Sanità, un tesoro pubblico in rianimazione », *Salute diritto fondamentale*, 9 maggio, <https://salutedirittofondamentale.it/sanita-tesoro-pubblico/>.

Dentico N. (2020), « La lezione di Covid-19 al nostro sistema sanitario », *Il manifesto*,

- 21 aprile, <https://ilmanifesto.it/la-lezione-di-covid-19-al-nostro-sistema-sanitario/>.
- French M., Mykhalovskiy E. (2013), « Public health intelligence and the detection of potential pandemics », *Sociology of Health & Illness*, vol. 35, n° 2, p. 174-187, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2012.01536.x>.
- Geddes da Filicaia M. (2020), *La sanità ai tempi del coronavirus*, Roma, Il Pensiero scientifico Editore.
- Maccacaro G.A. (1979), *Per una medicina da rinnovare: Scritti, 1966-1976*, Milano, Feltrinelli.
- Ministero della Salute (2019), *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale – Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2879_allegato.pdf.
- Polillo R.B. (2020), « Ridefinire assetti e regole del Servizio Sanitario nazionale », *Il diario del lavoro*, 18 maggio, <https://bit.ly/3cAat04>.
- Proia S., Polillo R.B. (2020), « Contro Covid l'ospedale non basta, serve la sanità territoriale. Ma con nuove regole organizzative », *Quotidiano sanità*, 18 aprile, <https://bit.ly/3373UPt>.
- Sarti S., Terraneo M., Tognetti Bordogna M., 2014, « Social inequalities and pharmaceutical cost-sharing in Italian Region », *International Journal of Health Services*, vol. 44, Issue 4, October, pp. 761-786.
- Tognetti Bordogna M. (2017), *Nuovi scenari di salute: Per una sociologia della salute e della malattia*, Milano, FrancoAngeli.
- Tognetti Bordogna M., Ornaghi A. (2011), « Regionalizing health systems public and private mix: The situation in Italy », *Sociology Study*, n° 5, p. 376-388.
- Tognetti M. (2020), « Trasformiamo le avversità in opportunità, subito », *Quotidiano sanità*, 30 marzo, <https://bit.ly/2F6bosM>.