



<http://www.cscestric.on.ca/en/>

Diritto alla salute: materiali





Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica¹

La spesa per la sanità tra vincoli finanziari e nuove necessità²

“Oltre ad essere riconosciuto come uno dei sistemi sanitari più efficaci tra i Paesi industrializzati, quello italiano si conferma tra i più efficienti visto il limitato livello di risorse mobilitate. Nel 2019, la spesa sanitaria ha raggiunto i 115,4 miliardi, con un incremento dell'1,4 per cento rispetto al 2018, inferiore a quella prevista nel DEF 2019 (+2,3 per cento). rimanendo sostanzialmente invariata l'incidenza in termini di prodotto rispetto al 2018. (...)

Fino al 2019, prima dell'esplosione della crisi sanitaria, si è pertanto mantenuta su livelli di molto inferiore agli importi destinati in questi anni al settore dalle altre grandi economie europee.

Sembra, infatti, persistere nel confronto internazionale l'andamento che l'Italia ha fatto registrare tra il 2009 e il 2018: una riduzione, in termini reali, delle risorse destinate alla sanità particolarmente consistente.

La spesa pro capite a prezzi costanti (prezzi 2010) è passata, infatti, da 1.893 a 1.746 euro, con una riduzione media annua di 8 decimi di punto. Una flessione molto più contenuta rispetto ad altri Paesi in difficoltà (Grecia -4,5 punti l'anno), ma che ci differenzia, pur rimanendo superiore nel livello, dall'andamento registrato in Spagna e Portogallo (rispettivamente -6 decimi e -7 decimi), Paesi che hanno vissuto come l'Italia difficoltà finanziarie significative. La spesa è invece cresciuta (sempre in media annua) del 2 per cento in Francia, dello 0,5 per cento in Olanda, del 2,2 per cento in Germania. Ne derivano divari consistenti in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite (espressa in parità del potere d'acquisto). Secondo le stime dell'Ocse, nel 2018 la spesa pro capite era in Germania e in Francia, rispettivamente, doppia e superiore del 60 per cento a quella italiana. Spesa che resta, tuttavia, superiore a quella spagnola di oltre l'8 per cento.

TAVOLA 2

LA SPESA SANITARIA NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI

(milioni di euro)

Spesa sanitaria pubblica									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Francia	8,6	8,5	8,6	8,7	8,9	8,8	9,5	9,4	9,3
Germania	9,2	8,9	9,0	9,2	9,2	9,3	9,4	9,5	9,5
Irlanda	8,0	7,7	7,7	7,3	6,9	5,3	5,4	5,3	5,3
Italia	7,0	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7	6,6	6,5	6,5
Portogallo	6,9	6,5	6,1	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	6,0
Spagna	6,7	6,7	6,5	6,4	6,4	6,5	6,4	6,3	6,2

Spesa sanitaria complessiva									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Francia	11,2	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,3	11,2
Germania	11,0	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	11,2
Irlanda	10,5	10,7	10,7	10,3	9,7	7,3	7,4	7,2	7,1
Italia	9,0	8,8	9,0	9,0	9,0	9,0	8,9	8,8	8,8
Portogallo	9,8	9,5	9,3	9,1	9,0	9,0	9,0	9,0	9,1
Spagna	9,0	9,1	9,1	9,0	9,0	9,1	9,0	8,9	8,9

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD e Eurostat

¹ Pubblicato il 28 maggio 2020, si legge in <https://www.corteconti.it/>.

² Sono pagine della parte terza del Rapporto: *La spesa e le politiche sociali*.

La prolungata attenzione sul fronte della spesa³, i processi di riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e le difficoltà di adeguare l'offerta pubblica al mutare delle caratteristiche della domanda di assistenza si sono riflessi, infatti, in un **ampliamento della spesa a carico delle famiglie** che tra il 2012 e il 2018 ha continuato a crescere.

Nel 2018 la spesa totale era pari a 154,8 miliardi, di cui 115 pubblica e 39,8 privata. Se il finanziamento pubblico era pari al 74,2 per cento della spesa totale, la componente privata era pari al 23,1 per cento e quella coperta da fondi, casse, assicurazioni al 2,7 per cento. **La spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta tra il 2012 e il 2018 del 14,1 per cento contro il 4,5 per cento di quella delle Amministrazioni pubbliche.** Di rilievo la crescita anche di quella coperta da regimi di finanziamento volontari (+31,5 per cento). (...) **La Pubblica amministrazione continua ad essere il principale finanziatore della spesa per tutte le funzioni** (la spesa per assistenza per cura e riabilitazione è per oltre l'80 per cento assicurata dalla PA); **tuttavia nello stesso periodo, a fronte di una flessione di 3,1 punti di quella pubblica** (dovuta al calo della componente per la funzione di assistenza ospedaliera in regime ordinario, a sua volta spiegata da una progressiva diminuzione dei ricoveri), **quella diretta delle famiglie è cresciuta del 25,1 per cento.**

● Al suo interno, sono quella ambulatoriale (+30 per cento) e quella domiciliare (+32,3 per cento) che presentano le variazioni più forti, **anche per l'ampliarsi delle liste d'attesa e per l'aumento delle compartecipazioni, con la conseguente riduzione del differenziale tra tariffe pagate nel pubblico a quelle del settore privato.** Anche la spesa per assistenza a lungo termine è per poco meno del 77 per cento finanziata dall'operatore pubblico, ma nei sei anni osservati, a fronte di un aumento del 10,4 per cento di quella coperta dal pubblico, quella a carico delle famiglie è aumentata del 14 per cento, influenzata principalmente dagli aumenti della componente per assistenza ospedaliera (+11,5 per cento) e, soprattutto, di quella ambulatoriale e domiciliare (rispettivamente +32,3 e +32,9 per cento). (...)

Se in media la spesa privata pro capite a livello nazionale è di circa 612 euro, essa varia tra i circa 720 euro delle regioni del Nord-Ovest e i 471 euro del Mezzogiorno. **Ancora maggiori le differenze tra Regioni: dai 1.000 euro della Valle d'Aosta ai 420 della Campania.**

TAVOLA 5

IL PESO DELLA SPESA SANITARIA SU QUELLA COMPLESSIVA

Territorio	2010	2012	2014	2016	2018
Piemonte	3,78	3,80	4,35	4,70	4,94
Valle d'Aosta	6,91	4,37	5,59	6,92	5,38
Lombardia	3,14	3,02	4,55	5,23	4,63
P.A. Bolzano	3,37	3,29	4,38	5,58	3,64
P.A. Trento	4,48	4,75	5,21	3,36	5,48
Veneto	4,17	4,18	5,42	4,77	4,95
Friuli V.G.	4,33	3,98	4,49	4,62	4,86
Liguria	3,45	4,45	4,54	4,56	4,73
Emilia-Romagna	3,83	3,93	4,32	3,97	4,74
Toscana	3,60	4,08	3,87	3,95	4,05
Umbria	4,87	4,18	3,55	5,69	4,23
Marche	4,36	4,12	4,07	3,66	4,27
Lazio	4,39	3,79	4,16	4,11	4,73
Abruzzo	5,22	4,71	4,29	4,37	4,21
Molise	4,49	3,18	4,01	4,34	4,48
Campania	2,88	3,32	3,61	3,12	4,45
Puglia	4,83	4,78	5,17	5,22	4,70
Basilicata	4,18	4,29	3,99	5,22	5,02
Calabria	4,70	4,49	4,28	4,36	5,94
Sicilia	4,79	4,98	4,58	4,59	5,33
Sardegna	3,41	3,56	3,20	3,77	3,94
Totale	3,89	3,86	4,40	4,50	4,70

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati ISTAT

³  Particolarmente utile la lettura di due *focus* sul tema realizzati dall'Ufficio Parlamentare di Bilancio il 2 dicembre 2019 e il 25 giugno 2020. Si leggono in <http://www.upbilancio.it/focus-tematici>.

6. **A fronte della necessità di riassorbire squilibri nella qualità dei servizi⁴ tra aree territoriali, dei crescenti fabbisogni posti dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento dei casi di non autosufficienza** (che richiedono non solo assistenza nelle attività di vita quotidiana, ma anche una presa in carico delle patologie croniche sempre più diffuse) così come dalle innovazioni nel campo delle cure, che offrono nuove opportunità ma comportano costi crescenti e adeguati investimenti, **si pone, quindi, un problema delle risorse da destinare al settore**. Da esse dipende poi la possibilità, come si vedrà in seguito, di affrontare gli squilibri strutturali e nelle dotazioni di personale che incidono sulla stessa garanzia dei livelli di assistenza. Ciò, ben sapendo che limitati sono i margini per spostare ulteriore spesa a carico delle famiglie. Al di là degli interventi più di carattere emergenziale che portano le risorse destinate alla sanità nel 2020 a crescere di ulteriori 1,4 miliardi (a tanto ammontano le risorse destinate dal decreto-legge 18/2020 – si veda al riguardo il Riquadro 2), rimane quindi la necessità di interrogarsi, una volta rientrata la crisi, su come affrontare tali problematiche.

LE DOTAZIONI ORGANICHE E LA SPESA PER IL PERSONALE

7. **Negli ultimi due anni sono divenuti più evidenti gli effetti negativi di due fenomeni diversi che hanno inciso sulle dotazioni organiche del sistema di assistenza: il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico**. Come messo in rilievo di recente, a seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), **negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (circa 41.400 rispetto al 2008)**".

TAVOLA 6

IL PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO

	2012				2017			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	49.129	1.095	5.602	55.826	47.600	946	5.298	53.844
Valle d'Aosta	1.740	45	283	2.068	1.843	37	264	2.144
Lombardia	84.864	3.362	10.960	99.186	82.702	2.759	10.469	95.930
P.A. Bolzano	5.164	1.489	1.768	8.421	5.099	1.428	2.183	8.710
P.A. Trento	6.042	314	1.559	7.915	6.026	246	1.710	7.982
Veneto	49.688	1.784	7.349	58.821	49.602	1.348	7.002	57.952
Friuli V.G	16.954	253	2.055	19.262	16.820	180	1.699	18.699
Liguria	20.402	373	1.763	22.538	19.629	296	1.389	21.314
Emilia-Romagna	53.904	805	4.727	59.436	52.196	764	4.304	57.264
Toscana	47.408	434	2.048	49.890	46.690	410	1.805	48.905
Umbria	10.444	70	268	10.782	10.471	62	291	10.824
Marche	18.481	163	777	19.421	18.226	128	729	19.083
Lazio	44.214	250	1.027	45.491	39.831	108	1.090	41.029
Abruzzo	13.914	44	354	14.312	13.751	43	282	14.076
Molise	3.235	11	47	3.293	2.756	5	44	2.805
Campania	46.273	65	138	46.476	41.848	62	98	42.008
Puglia	36.527	58	378	36.963	34.906	72	482	35.460
Basilicata	6.873	15	105	6.993	6.852	11	109	6.972
Calabria	19.877	267	26	20.170	18.303	51	271	18.625
Sicilia	44.752	240	365	45.357	41.366	139	453	41.958
Sardegna	19.886	125	473	20.484	20.496	100	396	20.992
Totale	599.771	11.262	42.072	653.105	577.013	9.195	40.368	626.576
Piano	208.792	935	2.335	212.062	192.761	480	2.720	195.961
No Piano	390.979	10.327	39.737	441.043	384.252	8.715	37.648	430.615

⁴  Qui: tabelle e infografiche alle pagine 5 e 6.



ASSOCIAZIONI
CRISTIANE
LAVORATORI
ITALIANI



Libertà in trappola⁵: le severe prove della pandemia Covid-19

Tab.2 – Riduzione posti letto in Italia nei reparti di geriatrici

Anno	Numero assoluto	Aumento per ogni anno %
2011	4807	-1,7
2012	4725	-1,7
2013	4321	-8,6
2014	4209	-2,6
2015	4163	-1,1
2016	4136	-0,6
2017	4158	0,5
2018	4086	-1,7

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della Salute, 2020

Tab. 3 – Quadro sinottico

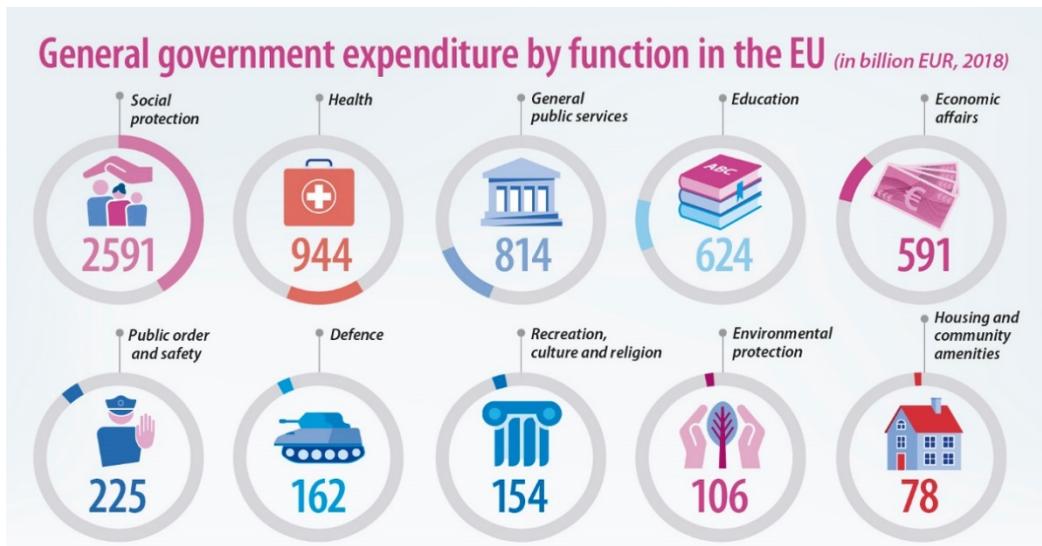
Regione	Riduzione posti letto (2010/2018)	Saldo Finanziario Mobilità (2017)	Lea Totali (2016)	Lea Ospedalieri (2016)
Umbria	1,2	1,5	Sì	Sì
Toscana	-16,6**	2,1	Sì	Sì
Emilia Romagna	-11,2	3,9	Sì	Sì
Lombardia	-10,2	3,2	Sì	Sì
Veneto	-9,9	1,4	Sì	Sì
Marche	-18,3**	-2,2	Sì	Sì
Liguria	-17,3**	-1,1	Sì	Sì
P.A. Trento	-14,5**	-0,6	Sì	Sì
Piemonte*	-11,1	-0,7	Sì	Sì
P.A. Bolzano	-3,1	0,2	No	Sì
F. V. G.	-15,8**	0,01	No	Sì
Sardegna	-17,1**	-2,2	No	Sì
Basilicata	-12,3	-1,7	No	Sì
VdA	-8,1	-2,8	No	Sì
Calabria*	-24,7**	-8,6	No	Sì
Puglia*	-21,0**	-2,5	No	Sì
Lazio*	-17,5**	-2,5	No	Sì
Abruzzo*	-17,2**	-3,1	No	Sì
Sicilia*	-12,1	-2,2	No	Sì
Campania*	-11,0	-2,7	No	No
Molise*	-27,9**	3,3	No	No

*Regioni sottoposte a Piano di Rientro (PdR) **Regioni che hanno ridotto i posti letto più della media nazionale (13,7%)

⁵ Tabelle presentate nel *Smart Report* – realizzato da Gianluca Budano e David Recchia – per la discussione sugli effetti della pandemia Covid-19 sulle politiche italiane della salute e di welfare. Il Report è stato pubblicato l' 8 aprile 2020. Per il testo e i commenti rinvio a <https://www.benecomune.net/> (n.4/5 2020).



Spese statali complessive e Spesa sanitaria⁶ / 28 paesi Unione Europea 2018



ec.europa.eu/eurostat

Total general government expenditure on health, 2018, % of GDP

	Health	Medical products, appliances and						R&D Health	Health n.e.c.
		Outpatient services	Hospital services	Public health services					
EU-27 *	7.0	1.1	2.5	2.8	0.2	0.1	0.3		
EU-28	7.1	1.0	2.3	3.2	0.2	0.1	0.3		
euro area	7.1	1.2	2.6	2.8	0.1	0.1	0.3		
Belgium	7.6	0.8	2.9	3.6	0.1	0.0	0.2		
Bulgaria	5.0	0.7	0.5	3.5	0.1		0.2		
Czechia	7.6	0.9	1.6	3.5	1.3	0.1	0.2		
Denmark	8.3	0.5	1.2	5.9	0.1	0.2	0.4		
Germany	7.2	1.6	2.2	2.8	0.1	0.1	0.5		
Estonia	5.1	0.7	0.5	3.7	0.0	0.1	0.1		
Ireland	5.0	0.7	1.8	1.9	0.1	0.0	0.4		
Greece	5.0	1.3	0.5	3.1	0.0	0.0	0.0		
Spain**	6.0	1.0	4.6	0.0	0.1	0.2	0.0		
France**	8.1	1.3	3.0	3.4	0.1	0.1	0.1		
Croatia**	6.6	1.5	1.0	3.4	0.2	0.0	0.4		
Italy	6.8	1.0	2.5	2.8	0.3	0.1	0.1		
Cyprus	2.7	0.6	0.1	1.9	0.0	0.0	0.0		
Latvia	4.0	0.6	1.0	2.2	0.1	0.0	0.2		
Lithuania	5.9	0.7	1.5	2.2	0.1	0.0	1.4		
Luxembourg	4.7	3.3	1.0	0.1	0.0	0.2	0.1		
Hungary	4.7	0.8	1.4	2.1	0.1	0.0	0.2		
Malta	5.3	0.6	1.0	3.4	0.0	0.0	0.3		
Netherlands	7.6	0.7	2.5	3.4	0.2	0.3	0.2		
Austria	8.2	1.1	1.5	4.6	0.2	0.5	0.3		
Poland	4.8	0.1	1.4	3.0	0.1	0.1	0.1		
Portugal***	6.3	0.5	2.0	3.4	0.0	0.2	0.2		
Romania	4.7	0.9	0.1	2.7	0.1	0.0	0.8		
Slovenia	6.6	0.9	1.9	3.0	0.3	0.1	0.3		
Slovakia**	7.3	1.5	2.1	3.3	0.0	0.0	0.4		
Finland	7.0	0.6	3.1	3.1	0.0	0.1	0.0		
Sweden	7.0	0.7	3.1	2.5	0.2	0.2	0.2		
United Kingdom	7.5	0.5	1.0	5.5	0.2	0.1	0.2		
Iceland	7.8	0.5	1.8	5.3	0.0	0.0	0.2		
Norway	8.2	0.5	1.9	4.8	0.3	0.4	0.3		
Switzerland	2.2	0.0	0.2	1.7	0.1	0.1	0.1		

Source: Eurostat (gov_10a_exp)

* from 1 February 2020

** provisional

*** estimated

⁶ Tabelle pubblicate a febbraio 2020. Sono in <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>.



CORRIERE DELLA SERA

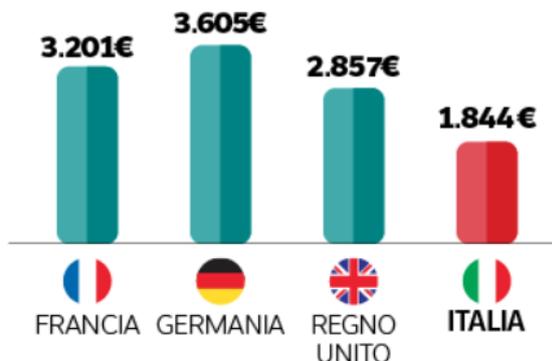
DATAROOM

di Milena Gabanelli

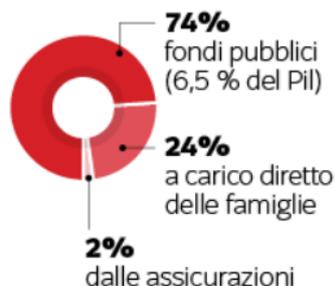
Coronavirus⁷ in Italia

La spesa sanitaria

SPESA PER ABITANTE (2016)



FINANZIAMENTI IN ITALIA PER LA SPESA SANITARIA (2017)

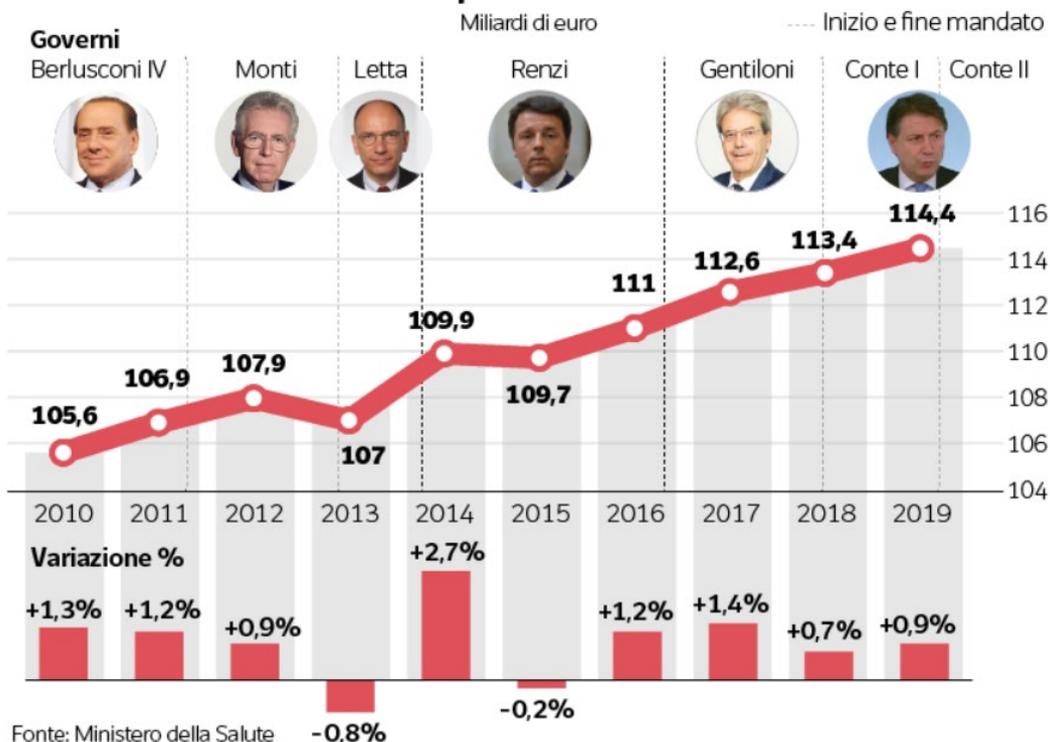


% di fondi pubblici destinati alla sanità rispetto all'Italia



Fonte: Istat, Commissione europea

Finanziamento pubblico in valori assoluti



Fonte: Ministero della Salute

⁷ Infografiche proposte nell'articolo di Domenico Affinito pubblicato il 31 marzo 2020. Si legge in <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli>. Per approfondire: *La spesa sanitaria italiana è stata tagliata?* Pubblicato il 15 marzo 2020, si legge in <https://www.ilpost.it/>; Ministero Economia e Finanze (MEF) *Il monitoraggio della spesa sanitaria* – Rapporto n.6 per il 2019. Si legge in <http://www.rgs.mef.gov.it/>

Proposta di regolamento⁸ per il programma in materia di salute 2021 -2027 – EU 4 Health

“L'Europa deve dare maggiore priorità alla sanità, far sì che i sistemi sanitari siano pronti a fornire cure all'avanguardia e a far fronte alle epidemie e ad altre minacce sanitarie imprevedibili, in linea con il regolamento sanitario internazionale (RSI) .Sebbene il quadro generale per la preparazione, l'allarme rapido e la risposta esista già nell'ambito della decisione n. 1082/2013/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 ottobre 2013, relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, la Covid-19 ha dimostrato la necessità di rafforzare in modo significativo la capacità dell'UE di rispondere efficacemente a tali gravi minacce per la salute.

Lo strumento chiave per realizzare tutto ciò sarà un ambizioso programma autonomo, che sarà chiamato programma "UE per la salute" (EU4Health).

Il nuovo programma sarà essenziale per garantire che l'UE rimanga la regione più sana del mondo, disponga di tutti gli strumenti possibili per affrontare le sfide sanitarie a livello nazionale e dell'UE e sia pronta per qualsiasi nuova minaccia emergente per la salute che possa mettere in pericolo la popolazione dell'UE.

Integrato nell'approccio "One health", che riconosce l'interconnessione tra salute umana e salute animale e più in generale l'ambiente, il programma "UE per la salute" può sostenere gli Stati membri nella transizione a una migliore preparazione e nel rafforzamento dei rispettivi sistemi sanitari **e aiutarli a conseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile (OSS) delle Nazioni Unite relativi alla salute.**

Il programma prevede nuove azioni, che colmeranno le lacune che la pandemia ha rivelato in termini di sviluppo e produzione di medicinali, di adeguata fornitura di attrezzature agli ospedali, di risorse umane sanitarie sufficienti, di diffusione di strumenti e servizi digitali che consentono la continuità delle cure e di necessità di preservare l'accesso a beni e servizi essenziali in tempi di crisi. Ciò consentirà all'UE di disporre di maggiori strumenti per intraprendere un'azione rapida, decisa e coordinata con gli Stati membri sia nella preparazione sia nella gestione delle crisi. Al di là del livello di preparazione e di risposta richiesto, vi è una serie di ulteriori sfide nei settori della sicurezza sanitaria e dei sistemi sanitari che ne impediscono il funzionamento generale e rendono complessivamente più impegnativa una risposta adeguata alla crisi, in particolare:

- le disuguaglianze in termini di stato di salute tra gruppi demografici, paesi e regioni, e l'accesso a servizi di assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a prezzi accessibili;
- l'onere derivante da malattie non trasmissibili, tra cui il cancro, la salute mentale, le malattie rare e i rischi derivanti da determinanti della salute;
- una distribuzione disomogenea della capacità dei sistemi sanitari, compresi gli operatori sanitari;
- gli ostacoli all'ampia diffusione e all'uso ottimale delle innovazioni digitali nonché al loro potenziamento;
- l'aumento degli oneri sanitari derivanti dal degrado e dall'inquinamento dell'ambiente, in particolare della qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, come pure dai cambiamenti demografici.

Il programma "UE per la salute" definirà settori d'azione fondamentali, quali il miglioramento dei sistemi sanitari nazionali, misure contro le malattie trasmissibili e non trasmissibili, la disponibilità e l'accessibilità economica dei farmaci e di altri prodotti di rilevanza per la crisi.

⁸  COM (2020) 405 pubblicata il 28 maggio 2020. Il testo completo e gli allegati sono in <https://eur-lex.europa.eu/>. Per il complesso delle azioni promosse dalla Commissione Europea si veda la Nota n.55 realizzata dal Servizio Studi del Senato della Repubblica e disponibile da luglio 2020. Come per gli altri programmi comunitari **EU4Health** troverà le risorse entro il **Bilancio Pluriennale 2021 – 2027**. Su questo **necessario leggere** la Risoluzione del Parlamento Europeo del 23 luglio 2020 P9_TA-PROV(2020)0206.

Poiché molti dei suggerimenti nuovi e innovativi sono strettamente connessi al funzionamento dei sistemi sanitari, la Commissione lavorerà in stretta collaborazione con gli Stati membri per garantire che il sostegno fornito dal programma "UE per la salute" sia basato sulle esigenze nazionali.

La Commissione collaborerà inoltre con i paesi terzi e i partner internazionali nell'attuare le azioni del programma "UE per la salute".

Il programma dovrà essere dinamico e flessibile per adattarsi alle nuove sfide emergenti e per servire gli interessi dell'UE e degli Stati membri tenendo conto dell'evoluzione delle loro esigenze e priorità. Deve affrontare le disuguaglianze attraverso l'analisi comparativa, fornendo sostegno e colmando i divari individuati tra i paesi, le regioni, i gruppi demografici e i cittadini. Dovrebbe contribuire a ridurre i divari nella speranza di vita e nell'accesso alle cure e ai servizi. Fornirà strumenti per rafforzare la solidarietà nella preparazione e nella risposta alle crisi, nonché nella ricerca di un terreno comune per migliorare la prevenzione e affrontare le malattie non trasmissibili, in particolare il cancro, e per coordinare meglio le diverse politiche e i diversi strumenti, anche finanziari. Infine, contribuirà ad affrontare l'impatto negativo dei cambiamenti climatici e del degrado ambientale sulla salute umana.

I finanziamenti per la sanità nell'ambito del prossimo quadro finanziario pluriennale (QFP) comprendono diversi strumenti quali il Fondo sociale europeo Plus (FSE+), il Fondo europeo di sviluppo regionale, Orizzonte Europa, il programma Europa digitale e il meccanismo per collegare l'Europa .

Lavorare trasversalmente ai programmi e avere obiettivi condivisi tra le politiche sarà fondamentale per convogliare i fondi per la sanità in tutte le politiche e sostenere il conseguimento dei loro obiettivi in modo più efficace rispetto al passato.

L'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE) costituisce la base giuridica per l'azione dell'UE in materia di salute. Sebbene gli Stati membri siano responsabili del funzionamento dei rispettivi sistemi sanitari, vi sono settori specifici in cui l'UE può legiferare e altri in cui la Commissione può sostenere gli sforzi degli Stati membri.

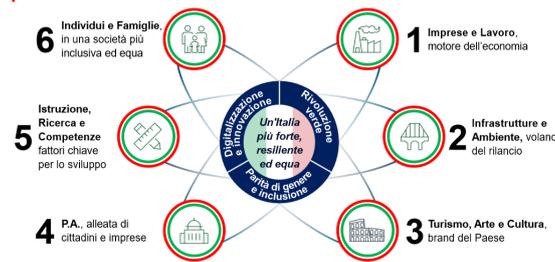
Esiste già un quadro normativo generale per le tecnologie e i prodotti medici (medicinali, dispositivi medici e sostanze di origine umana) e per la legislazione in materia di tabacco, i diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera e le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.

Il programma "UE per la salute" sosterrà le azioni volte a consentire alla Commissione di integrare il quadro normativo necessario e di contribuire ad affrontare le importanti esigenze strutturali individuate nella crisi Covid-19.

Le agenzie dell'UE, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, l'Agenzia europea per i medicinali, l'Autorità europea per la sicurezza alimentare, l'Agenzia europea per le sostanze chimiche e l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro svolgeranno un ruolo fondamentale nella difesa europea contro le gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero e le pandemie, sia per quanto riguarda la prevenzione sia sul fronte della gestione delle crisi".



La strategia per il rilancio dell'Italia



Scheda⁹ 74

Sviluppare un sistema di **monitoraggio sanitario nazionale**, anche a supporto del piano di digital health e di sistemi di early warning nel monitoraggio delle pandemie, garantendo la disponibilità di dati omogenei, di buona qualità e in tempo reale, nonché di adeguate capacità di elaborazione e sintesi.

Contesto

Al momento esiste:

- (i) frammentazione nelle procedure per la raccolta dei dati;
- (ii) lentezza nel processo di elaborazione legate a ritardi tecnologici (trasmissione di dati su nascita e morte attraverso modulistica cartacea: 600.000 moduli cartacei anno, che richiedono all'Istat lunghi tempi tecnici di controllo);
- (iii) mancato sfruttamento di sinergie tra enti diversi. ➔ Per superare queste rigidità in alcuni casi si richiedono interventi normativi, per altre bastano procedimenti amministrativi.

Azioni specifiche

a. Creazione di un sistema di “early warning” basato sull’infrastruttura di Tessera Sanitaria (che già collega in tempo reale tutti gli operatori sanitari italiani) integrata con le infrastrutture delle altre amministrazioni, attraverso i seguenti passi operativi:

- L’informatizzazione della rilevazione delle cause di morte (inserita in DL e da attuare);
- L’interoperabilità delle banche dati digitali sanitarie già esistenti (prescrizioni mediche, uso dei farmaci, comunicazioni di malattia all’INPS);
- La condivisione dei dati sui ricoveri ospedalieri, al momento raccolti dal Ministero della Salute.

b. La raccolta dei dati avverrebbe con ampie garanzie in materia di Privacy e sarebbe gestita da SOGEI che già mantiene i dati “tessera sanitaria” sulle prescrizioni mediche emesse dai medici di base (sistema SAC). L’uso a fini statistici delle informazioni così raccolte consentirebbe la rapida identificazione a livello territoriale di focolai di specifiche patologie. **c.** I dati raccolti sarebbero un supporto al piano di digital health e in generale alla gestione in remoto di diversi servizi sanitari.

⁹ Rapporto e Schede coordinate da **Vittorio Colao**. Materiali presentati al Governo l’ 8 giugno 2020. Vedi: <http://www.governo.it/>. Va qui ricordato che vi sono almeno 9 strumenti disponibili per la riflessione sui dati del Sistema Sanitario Nazionale: OASI Report (Università Bocconi), <https://www.cergas.unibocconi.eu/> ; Rapporto Osservasalute (Università Cattolica del Sacro Cuore), <https://www.osservatoriosullasalute.it/> ; Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, <http://www.salute.gov.it/> ; Rapporto PiT Salute (Cittadinanza Attiva) <https://www.cittadinanzattiva.it/> ; Rapporto GIMBE, <https://www.salviamo-ssn.it/>; Rapporto RBM Censis, <http://www.welfareday.it/> ; Rapporto Sanità, <https://www.creasanita.it/> ; L’uso dei farmaci in Italia, <https://www.aifa.gov.it/>; Ospedali & Salute Rapporto Annuale, <http://www.aiop.it/>. Parzialmente utile: <https://www.agenas.gov.it/>.

Davvero¹⁰ l'Italia spende poco per la sanità?

“Nel 2017 i 28 paesi dell’Ue avevano speso per la sanità, pubblica e privata, 1.511 miliardi di euro, per una popolazione di 513 milioni di abitanti, quando nello stesso anno gli Stati Uniti avevano speso ben 3.324 miliardi di dollari (2.943 miliardi di euro) per una popolazione di 325 milioni di abitanti (dati Eurostat e U.S. Department of Health).

In termini pro capite, l’Ue aveva speso 2.947 euro e gli Stati Uniti tre volte tanto, 9.050 euro (10.224 dollari). In percentuale al Pil significa il 9,8 per cento in Europa contro il 17,1 per cento negli Usa.

Nell’Ue la sanità pubblica incideva per l’85 per cento della spesa totale, mentre negli Usa per il 51 per cento, ma in valori pro capite la spesa sanitaria pubblica americana superava quella europea (4.600 contro 2.258 euro), collocandosi al secondo posto a livello mondiale – e questo per coprire solo il 34 per cento della popolazione (gli assistiti da Medicare, Medicaid, Chpi, Va). **L’Europa si conferma come la culla del welfare state e l’Italia, con il 74 per cento, si piazza sui valori più alti”. (...)**

Tabella 1 – Spesa sanitaria pubblica e Pil pro capite.

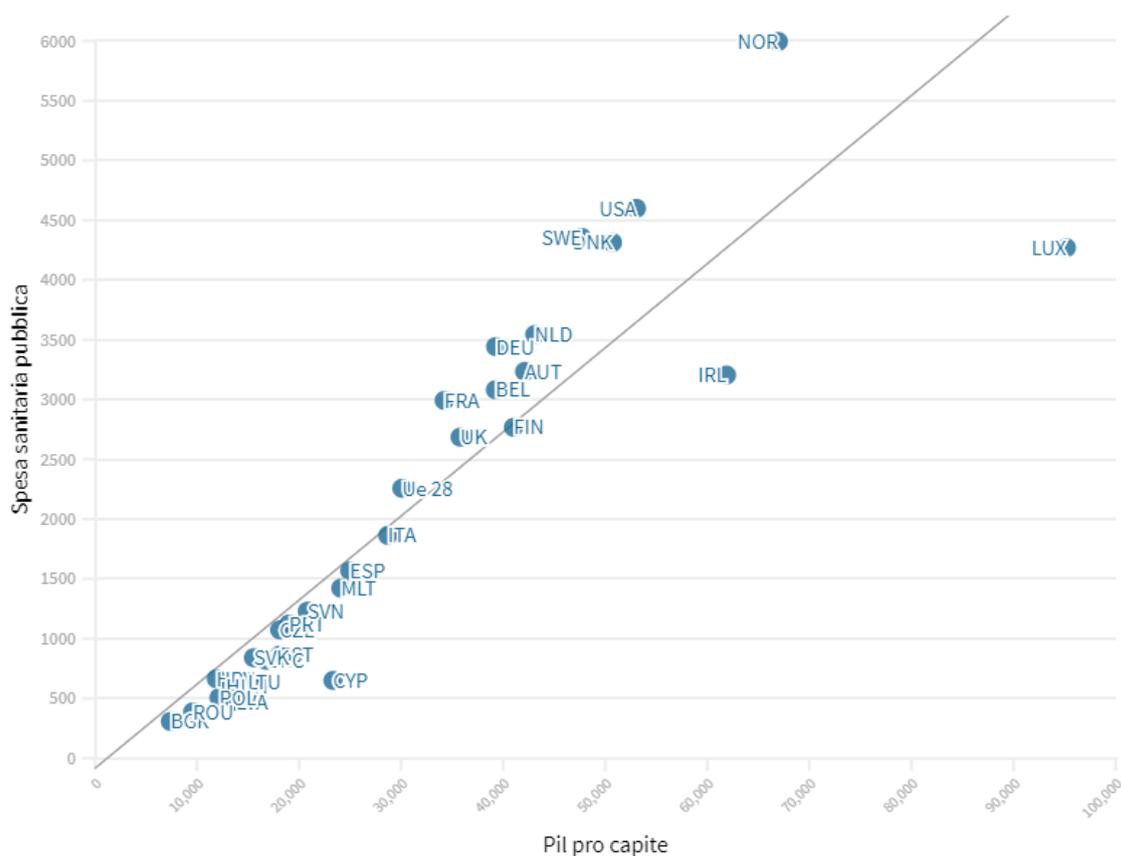
	Pil	Spesa sanitaria pubblica	% spesa sanitaria pubblica su totale spesa sanitaria	Spesa sanitaria pubblica in PPS	Indice prezzi sanitari (EU 28 =1)
Austria	42100	3235	74	2868	1.13
Belgio	39240	3082	77.2	2743	1.12
Bulgaria	7390	308	52.1	683	0.45
Croazia	11890	665	82.5	1054	0.63
Cipro	23320	651	42.6	714	0.91
Rep. Ceca	18100	1074	82.1	1721	0.62
Danimarca	50700	4314	84	3104	1.39
Estonia	18070	862	74.7	1166	0.74
Finlandia	41000	2768	74	2245	1.23
Francia	34220	2993	77.1	2795	1.07
Germania	39260	3443	77.2	3320	1.04
Grecia	16760	819	60.8	987	0.83
Irlanda	61870	3205	72.9	2483	1.29
Italia	28690	1864	73.9	1835	1.02

¹⁰ Il testo completo di Vittorio Mapelli – pubblicato il 4 giugno 2020 – si legge in <https://www.lavoce.info/>.

Esiste tuttavia una forte variabilità nella spesa pro capite, che passa da un minimo di 303 euro in Bulgaria a un massimo di 4.357 in Svezia. I paesi del Nord Europa, più ricchi, presentano indici di prezzo dei beni e servizi sanitari più alti (Danimarca 1,39) di quelli dell'Est (Romania 0,48), per cui in termini di standard di potere d'acquisto, le differenze di spesa si attutiscono: ad esempio, i 388 euro di spesa della Romania acquistano un paniere di beni e servizi che vale 809 euro, rispetto alla media europea di 2.258 euro.

La figura 1 mostra una relazione molto stretta ($R^2 = 0,8007$) tra livello di spesa pubblica pro-capite e Pil pro-capite (nominali).

Figura 1 - EU 28 Spesa sanitaria pubblica e Pil pro-capite (€ correnti, 2017)



Fonte: Nostre elaborazioni su dati Eurostat e U.S. Department of Health. • Nota: la spesa sanitaria pubblica comprende quella del Government e dei Social health insurance schemes. I dati olandesi includono la spesa per l'assicurazione sanitaria privata obbligatoria. I dati polacchi si riferiscono al 2016.



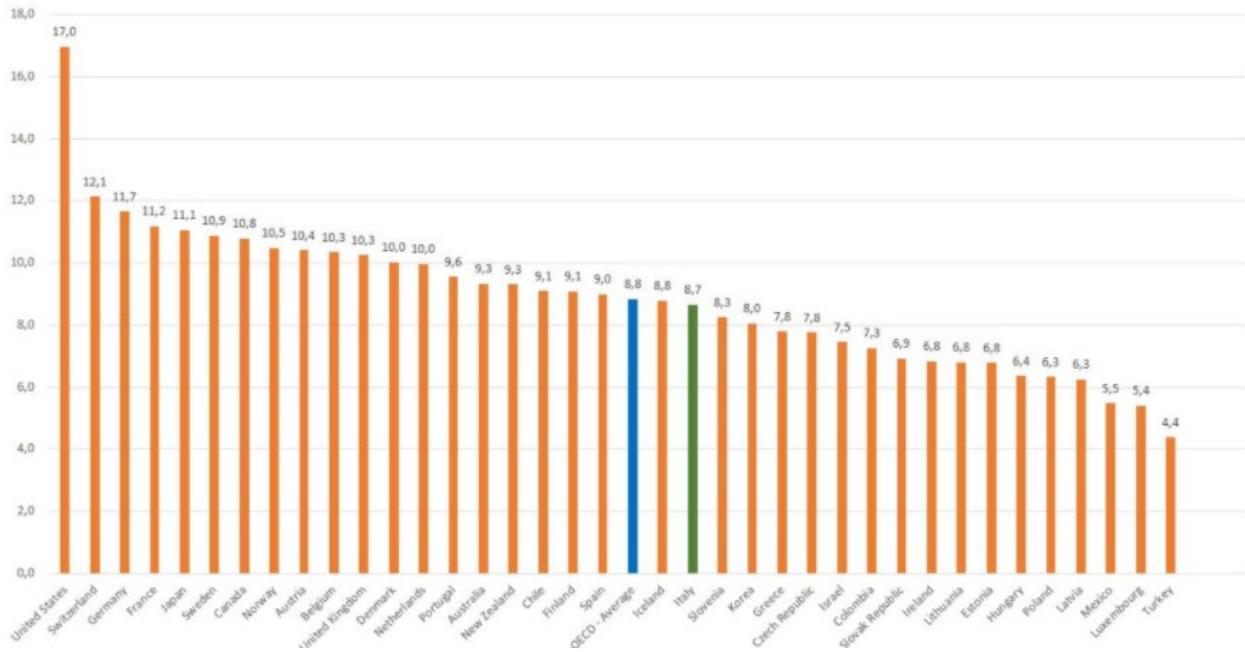
L'Italia, con un reddito di 28.690 euro e una spesa di 1.864 euro figura come l'ultimo dei paesi più sviluppati o il primo di quelli meno sviluppati e si colloca in coincidenza quasi perfetta con il punto sulla retta interpolante.

In termini di politiche significa che l'Italia spende una cifra compatibile con il suo attuale livello di sviluppo economico. Potrà avere una spesa sanitaria come la Francia e la Germania se e quando il suo Pil arriverà a 35 o 40 mila euro. (...)

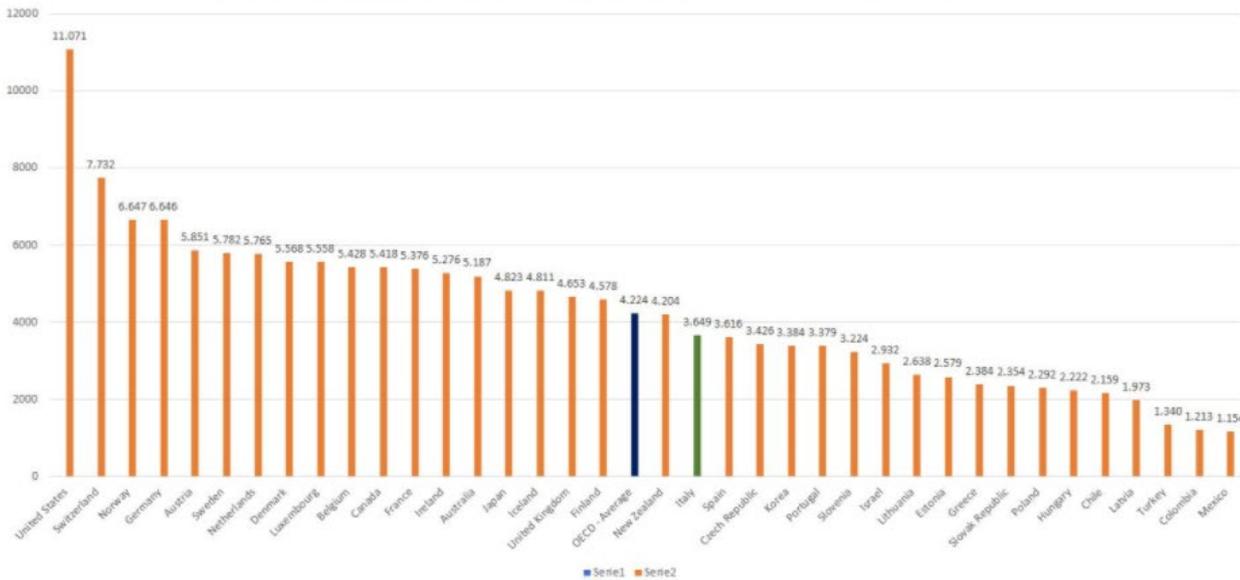
Rimane però un'ultima domanda fondamentale: i paesi che spendono più dell'Italia hanno anche migliori performance o migliori outcome (esiti) di salute? Spendere di più non significa, di per sé, ottenere migliori risultati. **L'Italia, infatti, dimostra migliori performance di molti paesi più ricchi, pur spendendo meno**

Statistiche spesa sanitaria¹¹

Spesa sanitaria totale come % del PIL – OECD database 2020



Spesa sanitaria totale pro-capite in \$PPP - OECD database 2020



Risorse

- OECD Health Statistics 2020
- OECD. Health Statistics 2020: database

¹¹ Rapporto pubblicato il 1° luglio 2020. Materiali: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data>.

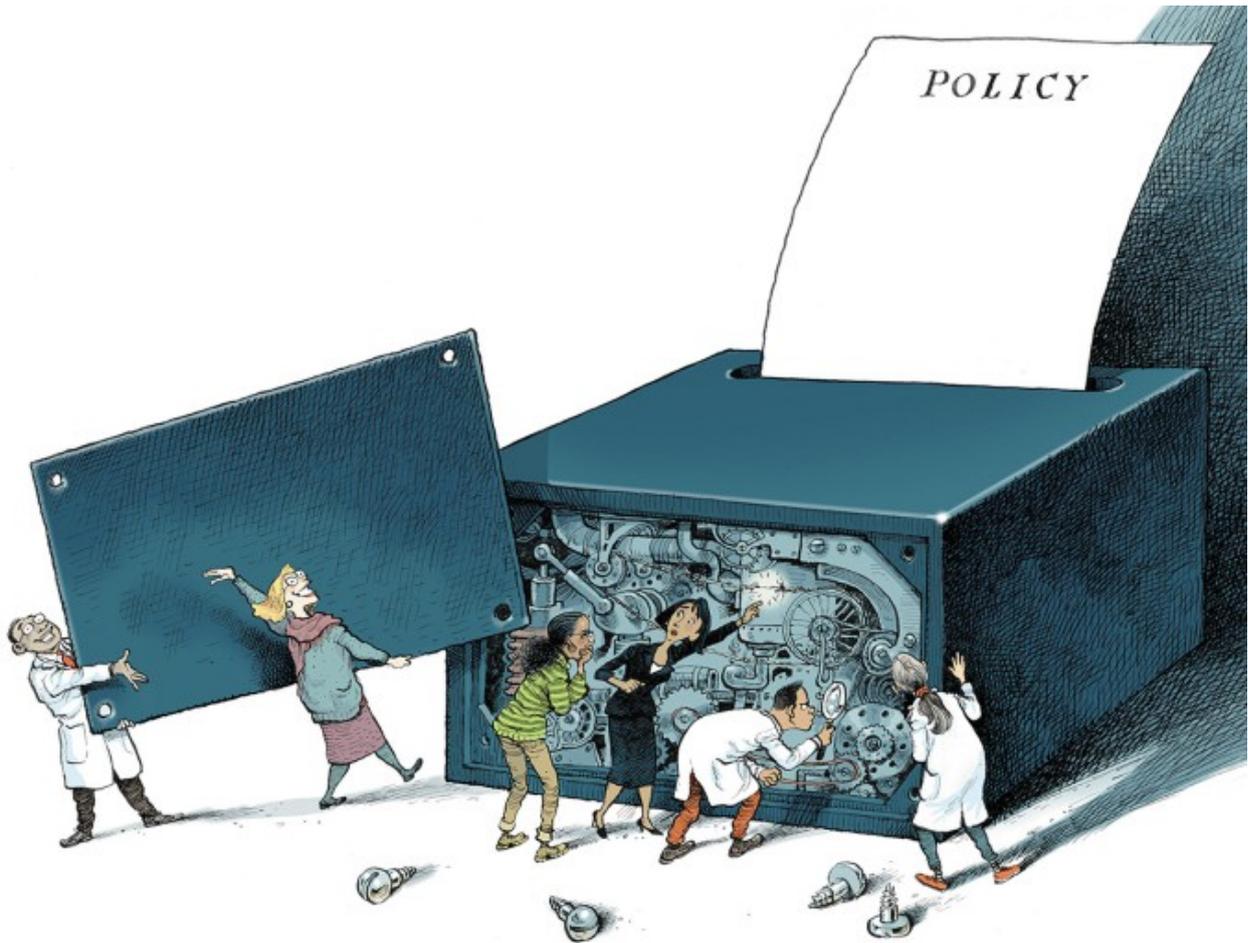


Illustration by David Parkins

a natureresearch journal

Five ways to ensure that models serve society: a manifesto¹²

“The COVID-19 pandemic illustrates perfectly how the operation of science changes when questions of urgency, stakes, values and uncertainty collide — in the ‘post-normal’ regime.

Well before the coronavirus pandemic, statisticians were debating how to prevent malpractice such as p -hacking, particularly when it could influence policy¹.

Now, computer modelling is in the limelight, with politicians presenting their policies as dictated by ‘science’².

Yet there is no substantial aspect of this pandemic for which any researcher can currently provide precise, reliable numbers. Known unknowns include the prevalence and fatality and reproduction rates of the virus in populations. There are few estimates of the number of asymptomatic infections, and they are highly variable. We know even less about the seasonality of infections and how immunity works, not to mention the impact of social-distancing interventions in diverse, complex societies.

Mathematical models produce highly uncertain numbers that predict future infections, hospitalizations, and deaths under various scenarios.

¹²  Andrea Saltelli e 21 altri co-autori. Pubblicato il 24 giugno 2020, si legge in <https://www.nature.com/articles>. Le note al testo si trovano all’indirizzo web qui indicato. L’invito alla lettura è in <https://www.scienzainrete.it/>.

Rather than using models to inform their understanding, political rivals often brandish them to support predetermined agendas. To make sure predictions do not become adjuncts to a political cause, modellers, decision makers and citizens need to establish new social norms.

Modellers must not be permitted to project more certainty than their models deserve; and politicians must not be allowed to offload accountability to models of their choosing^{2,3}.

This is important because, when used appropriately, models serve society extremely well: perhaps the best known are those used in weather forecasting.

These models have been honed by testing millions of forecasts against reality. So, too, have ways to communicate results to diverse users, from the Digital Marine Weather Dissemination System for ocean-going vessels to the hourly forecasts accumulated by weather.com. Picnickers, airline executives and fishers alike understand both that the modelling outputs are fundamentally uncertain, and how to factor the predictions into decisions.

Here we present a manifesto for best practices for responsible mathematical modelling.

Many groups before us have described the best ways to apply modelling insights to policies, including for diseases⁴ (see also Supplementary information).

We distil five simple principles to help society demand the quality it needs from modelling.

1

Mind the assumptions. (ATTENZIONE ALLE IPOTESI)

Assess uncertainty and sensitivity. Models are often imported from other applications, ignoring how assumptions that are reasonable in one situation can become nonsensical in another. Models that work for civil nuclear risk might not adequately assess seismic risk. Another lapse occurs when models require input values for which there is no reliable information. For example, there is a model used in the United Kingdom to guide transport policy that depends on a guess for how many passengers will travel in each car three decades from now⁵.

One way to mitigate these issues is to perform global uncertainty and sensitivity analyses. In practice, that means allowing all that is uncertain — variables, mathematical relationships, and boundary conditions — to vary simultaneously as runs of the model produce its range of predictions. This often reveals that the uncertainty in predictions is substantially larger than originally asserted. For example, an analysis by three of us (A.Saltelli, A.P., S.L.P.) suggests that estimates of how much land will be irrigated for future crops varies more than fivefold when extant models properly integrate uncertainties on future population growth rates, spread of irrigated areas and the mathematical relationship between the two⁶.

However, these global uncertainty and sensitivity analyses are often not done. Anyone turning to a model for insight should demand that such analyses be conducted, and their results be described adequately and made accessible.

2

Mind the hubris. (ATTENZIONE A STRAFARE).

Complexity can be the enemy of relevance. Most modellers are aware that there is a trade-off between the usefulness of a model and the breadth it tries to capture. But many are seduced by the idea of adding complexity in an attempt to capture reality more accurately. As modellers incorporate more phenomena, a model might fit better to the training data, but at a cost. Its predictions typically become less accurate. As more parameters are added, the uncertainty builds up (the uncertainty cascade effect), and the error could increase to the point at which predictions become useless.

The complexity of a model is not always an indicator of how well it captures the important features. In the case of HIV infection, a simpler model that focuses on promiscuity turned out to be more reliable than a more involved one based on frequency of sexual activity⁵. The discovery of the existence of 'superspreading events' and 'super spreader' people with COVID-19 similarly shows how an unanticipated feature of transmission can surprise the analyst.

One extreme example of excess complexity is a model used by the US Department of Energy to evaluate risk in disposing of radioactive waste at the Yucca Mountain repository. Called the total system performance assessment, it comprised 286 sub-models with thousands of parameters. Regulators tasked it with predicting "one million years" of safety. Yet a single key variable — the time needed for water to percolate down to the underground repository level — was uncertain by three orders of magnitude, rendering the size of the model irrelevant⁷.

Complexity is too often seen as an end in itself. Instead, the goal must be finding the optimum balance with error.

What's more, people trained in building models are often not drilled or incentivized for such analyses. Whereas an engineer is called to task if a bridge falls, other models tend to be developed with large teams and use such complex feedback loops that no one can be held accountable if the predictions are catastrophically wrong.

3

Mind the framing. (ATTENZIONE A COME SI INQUADRANO I PROBLEMI).

Match purpose and context. Results from models will at least partly reflect the interests, disciplinary orientations, and biases of the developers. No one model can serve all purposes.

Modellers know that the choice of tools will influence, and could even determine, the outcome of the analysis, so the technique is never neutral. For example, the GENESIS model of shoreline erosion was used by the US Army Corps of Engineers to support cost–benefit assessments for beach preservation projects. The cost–benefit model could not realistically predict the mechanisms of beach erosion by waves or the effectiveness of beach replenishment by human intervention. It could be easily manipulated to boost evidence that certain coastal-engineering projects would be beneficial⁷. A fairer assessment would have considered how extreme storm events dominate in erosion processes.

Shared approaches to assessing quality need to be accompanied by a shared commitment to transparency. Examples of terms that promise uncontested precision include: 'cost–benefit', 'expected utility', 'decision theory', 'life-cycle assessment', 'ecosystem services', and 'evidence-based policy'. Yet all presuppose a set of values about what matters — sustainability for some, productivity or profitability for others^{3:8}. Modellers should not hide the normative values of their choices.

Consider the value of a statistical life, loosely defined as the cost of averting a death. It is already controversial for setting compensation — for the victims of aeroplane crashes, for instance. Although it might have a place in choosing the best public-health policy, it can produce a questionable appearance of rigour and so disguise political decisions as technical ones⁸.

The best way to keep models from hiding their assumptions, including political leanings, is a set of social norms. These should cover how to produce a model, assess its uncertainty, and communicate the results. International guidelines for this have been drawn up for several disciplines. They demand that processes involve stakeholders, accommodate multiple views, and promote transparency, replication and analysis of sensitivity and uncertainty. Whenever a model is used for a new application with fresh stakeholders, it must be validated and verified anew.

Existing guidelines for infectious-disease modelling reflect these concerns, but have not been widely adopted⁴. Simplified, plain-language versions of the model can be crucial. When a model is no longer a black box, those using it must react to assess individual parameters and the relationships between them. This makes it possible to communicate how different framings and assumptions map into different inferences, rather than just a single, simplified interpretation from an overly complex model. Or to put it in jargon: qualitative descriptions of multiple reasonable sets of assumptions can be as important in improving insight in decision makers as the delivery of quantitative results.

Examples of models that have adhered to these guidelines can be found in forecasting flooding risk, and in the management of fisheries. These included stakeholders' insights and intuitions about both inputs and desired ends.

4

Mind the consequences. (ATTENZIONE ALLE CONSEGUENZE).

Quantification can backfire. Excessive regard for producing numbers can push a discipline away from being roughly right towards being precisely wrong. Undiscriminating use of statistical tests can substitute for sound judgement. By helping to make risky financial products seem safe, models contributed to derailing the global economy in 2007–08⁵. Once a number takes centre-stage with a crisp narrative, other possible explanations and estimates can disappear from view. This might invite complacency, and the politicization of quantification, as other options are marginalized. In the case of COVID-19, issues as diverse as availability of intensive-care hospital beds, employment and civil liberties are simultaneously at play, even if they cannot be simply quantified and then plugged into the models.

Spurious precision adds to a false sense of certainty. If modellers tell the United Kingdom it will see 510,000 deaths⁹ if no steps are taken to mitigate the pandemic, some might imagine a confidence of two significant digits. Instead, even the limited uncertainty analysis run by the modellers — based on just one parameter — reveals a range of 410,000–550,000 deaths. Similarly, the World Health Organization predicts up to 190,000 deaths for Africa (see go.nature.com/3hdy8kn). That number corresponds to a speculative scenario in which ten uncertain input probabilities are increased by an arbitrary 10% — as if they were truly equally uncertain — with no theoretical or empirical basis for such a choice. Although thought experiments are useful, they should not be treated as predictions.

Opacity about uncertainty damages trust. A message from the field of sociology of quantification¹⁰ is that trust is essential for numbers to be useful⁸. Full explanations are crucial.

5

Mind the unknowns. (ATTENZIONE ALLE INCOGNITE).

Acknowledge ignorance. For most of the history of Western philosophy, self-awareness of ignorance was considered a virtue, the worthy object of intellectual pursuit — what the fifteenth-century philosopher Nicholas of Cusa called learned ignorance, or *docta ignorantia*. Even today, communicating what is not known is at least as important as communicating what is known. Yet models can hide ignorance.

Failure to acknowledge this can artificially limit the policy options and open the door to undesired surprises. Take, for instance, those that befell the heads of governments when the economists in charge admitted that their models — by design — could not predict the last recession. Worse, neglecting uncertainties could offer politicians the chance to abdicate accountability. Experts should have the courage to respond that “there is no number-answer to your question”, as US government epidemiologist Anthony Fauci did when probed by a politician.

Questions do not answer.

Mathematical models are a great way to explore questions. They are also a dangerous way to assert answers. Asking models for certainty or consensus is more a sign of the difficulties in making controversial decisions than it is a solution and can invite ritualistic use of quantification.

Models' assumptions and limitations must be appraised openly and honestly. Process and ethics matter as much as intellectual prowess. It follows, in our view, that good modelling cannot be done by modellers alone. It is a social activity. The French movement of *statactivistes* has shown how numbers can be fought with numbers, such as in the quantification of poverty and inequalities¹¹.

A form of societal activism on the relationship between models and society is offered by US-based engineer-entrepreneur Tomás Pueyo. He is not an epidemiologist but writes about COVID-19 models and explains in plain language the implications of uncertainties for policy options.

We are calling not for an end to quantification, nor for apolitical models, but for full and frank disclosure. Following these five points will help to preserve mathematical modelling as a valuable tool. Each contributes to the overarching goal of billboarding the strengths and limits of model outputs. Ignore the five, and model predictions become Trojan horses for unstated interests and values. Model responsibly”.

Nature 582, 482-484 (2020). doi: 10.1038/d41586-020-01812-9



Invito alla **lettura del manifesto**

Per un'etica dei numeri e dei modelli

COVID-19/Filosofia

di **Andrea Saltelli, Tommaso Portaluri, Monica Di Fiore, Paolo Vineis, Luca Carra**



Publicato il 08/07/2020

I soggetti dell'Italia che c'è e il loro fronteggiamento della crisi¹³

“Se c'è un elemento che ha caratterizzato le scelte di politica sanitaria ormai da anni, ma in maniera più accentuata negli anni della crisi, è quello del controllo e ridimensionamento dei costi, finalizzato al più generale obiettivo di risanamento dei conti pubblici.

Così, il sistema sanitario che ha affrontato la pandemia è un sistema sanitario caratterizzato dalla progressiva riduzione dell'impegno pubblico, e che aveva già mostrato alcuni segni rilevanti di un arretramento di fronte alla scelta originaria di una tutela universalistica.

Basti guardare al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, passato dal 2009 al 2019 dai 103,3 miliardi ai 114,4 con un incremento annuale passato dal 2,7% del 2009 allo 0,9% del 2019 inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%).

Anche l'andamento della spesa sanitaria è emblematico:

- la spesa sanitaria pubblica, dal 2009 al 2019, è passata da 109 a 116 miliardi di euro, 1.917,8 euro pro-capite nell'ultimo anno, **ed in termini reali il pro-capite è aumentato solo dello +0,6;**

- nello stesso arco di tempo, la spesa sanitaria privata in capo alle famiglie è passata da 30,7 miliardi di euro a 37,7 miliardi di euro, 624,4 euro pro-capite, con un incremento reale pro-capite pari a +1,6%, arrivando nel 2019 a rappresentare il 24,6% della spesa sanitaria totale (tabella 1).

Di fatto, nella situazione attuale la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta su valori decisamente più bassi rispetto a quelli degli altri principali Paesi europei: nel 2107, ultimo anno in cui è possibile il confronto, rappresenta il 6,5% del Pil contro la media europea del 7,8%, con l'unica esclusione della Spagna che fa registrare una incidenza sul Pil del 6,3% e a fronte del 9,6% della Germania, del 9,4% della Francia e del 7,5% del Regno Unito. La spesa pubblica pro-capite annuale del nostro Paese, pari a 1.851 euro nel 2017, risulta di ben 1.900 euro inferiore a quella della Germania, di quasi 1.400 euro a quella della Francia e di circa 800 euro rispetto a quella del Regno Unito.

La doppia dinamica della spesa pubblica e privata evidenzia gli effetti delle manovre di contenimento e sancisce il progressivo arretramento della dimensione pubblica, che impone sotto traccia una sorta di individualizzazione del rischio sanitario, in deroga ai principi del SSN, ed impatta inevitabilmente sulla situazione dell'offerta di servizi.

Un effetto eclatante concerne la dotazione di personale. Si tratta di un primo e saliente aspetto che riguarda una delle strategie principali messe in campo in questi anni, quella del blocco del turnover, fissato con la legge n. 296 del 2006, messo in discussione solo di recente, poco prima della crisi legata alla epidemia. Il dato relativo alla presenza dei medici all'interno del Ssn segnala che, dal 2008 al 2018, si è registrata una riduzione del -5,0%, mentre, per quel che riguarda il personale infermieristico, la riduzione è stata del -3,0%. Il rapporto medici del SSN /abitanti è passato così da 19,1 per 10.000 abitanti a 17,6, mentre quello relativo agli infermieri da 46,9 per 10.000 a 44,3 (figura 1).

A fronte dei dati sul personale medico ed infermieristico occupato nel SSN, va tuttavia segnalato che sono comunque presenti situazioni in cui il personale medico, e soprattutto quello infermieristico, lavora all'interno delle strutture sanitarie pubbliche con modalità diverse dall'assunzione, come la partita Iva e la partecipazione a cooperative, a cui vengono appaltati alcuni servizi anche assistenziali all'interno dell'ospedale e nei servizi territoriali.

Si tratta comunque di un segno di progressiva precarizzazione della posizione lavorativa all'interno del Ssn dei giovani medici ed infermieri. Non è un caso che, in questa situazione, l'età media dei medici del Ssn (esclusi gli odontoiatri) si sia attestata intorno a 53,1 e la quota dei più giovani, con età inferiore a 49 anni, si

¹³  Report presentato il 2 luglio 2020. Qui si riprendono alcune delle pagine dedicate al sistema sanitario. Testo completo disponibile in <https://www.censis.it/welfare-e-salute>.

sia ridotta dal 41,8% al 38,1% dal 2008 al 2018, mentre quella degli over 59anni è passata dal 7,3% al 28,5%, segno evidente del blocco delle assunzioni all'interno del servizio pubblico. Analogamente, tra gli infermieri, i più giovani fino a 34 anni sono passati dal 14,6% all'11,3%, mentre quelli di 50 anni e più dal 26,1% al 46,3% (tabella 2). **Il blocco del turnover ha dunque prodotto sia una riduzione complessiva del numero di medici ed infermieri del Ssn che una situazione di invecchiamento progressivo della dotazione di personale, a causa della riduzione dell'accesso dei più giovani.**

Inoltre, le differenze nel tasso di medici ed infermieri per 10.000 abitanti che si registrano tra regioni in piano di rientro e quelle non in piano di rientro nel 2018 fanno supporre il peso rilevante che la necessità di tenere sotto controllo la spesa ha avuto rispetto a questa situazione.

Infatti, le differenze sono significative, specialmente con riferimento agli infermieri. Rispettivamente 16,4 medici per 10.000 abitanti e 35,3 infermieri per 10.000 abitanti nelle regioni in piano di rientro (Puglia, Abruzzo, Sicilia, Calabria, Campania, Lazio e Molise) contro 18,5 medici per 10.000 abitanti e 50,3 infermieri per 10.000 abitanti nelle regioni non in piano di rientro.

Secondo una stima dell'Anaa Assomed (Associazione dei medici dirigenti), la carenza nelle dotazioni dell'organico del Ssn è di circa 10.000 medici ed è una carenza che riguarda in misura maggiore alcune specialità mediche, tra cui quelle rivelatesi strategiche nella gestione della pandemia di Covid-19 come "Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore".

Si tratta di un altro segnale preoccupante rispetto alla risorsa principale del SSN rappresentata dai suoi professionisti, che prende le mosse dalle carenze di posti nelle scuole di specializzazione medica, messo in evidenza con forza dalla crisi legata all'epidemia.

La situazione richiama ancora una volta la questione delle risorse economiche, a fronte di una tendenza evidente negli anni, con l'unica eccezione proprio dell'ultimo anno, in cui le borse di specializzazione sono risultate sistematicamente inferiori al numero dei laureati chiamati ad accedervi e agli stessi fabbisogni indicati dalle Regioni (peraltro piuttosto stabili nel tempo ed anch'essi poco attenti alla questione già richiamata del turnover).

Ad esempio, considerando i posti totali presso le Scuole di specializzazioni mediche finanziati con risorse statali, regionali e provenienti da altri enti pubblici e/o privati, indicati dal Ministero dell'Università nel 2018, si arriva ad un totale di 6.934 a fronte di un fabbisogno stabilito dalla Conferenza Stato regioni di 8.569, con uno scarto quindi di -1.635.

Solo nell'ultimo anno, con 8.000 borse con finanziamento statale e 8.776 borse totali, il numero di posti è stato superiore al fabbisogno indicato dalle Regioni (8.523).

La Federspecializzandi e l'Als (Associazione Libera Specializzandi), così come la già citata Anaa, parlano di un "imbuto formativo" che si instaura tra la fine del percorso universitario e l'inizio dell'attività nelle scuole di specializzazione e che, a causa del numero di borse erogate annualmente, insufficiente ad assorbire i laureati abilitati, fa sì che siano stimati in un numero che oscilla tra i 7.000 e 10.000 i medici che rimangono fuori dalla possibilità di specializzarsi.

Da qui la stima da poco presentata da Anaa, che a partire dai dati degli specializzandi e ipotizzando che tra il 2018 e il 2025, dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica, ne potrebbero andare in pensione la metà (52.500), **prefigura per il 2025 una importante una carenza di circa 16.500 specialisti**, con alcuni più marcati deficit nella medicina d'emergenza-urgenza, nella pediatria, nella medicina interna, nella anestesia, rianimazione e terapia intensiva e nella chirurgia generale. (figura 2).

Un altro aspetto evidente del ridimensionamento del sistema pubblico riguarda le dotazioni strutturali. Il più significativo indicatore è il numero di strutture ospedaliere ed i posti letto, per anni al centro di una spesso necessaria opera di razionalizzazione, esemplificata dalla chiusura dei piccoli ospedali e motivata anche dalla necessità di assicurare standard di qualità oltre che di efficienza delle prestazioni, garantiti da un numero congruo di prestazioni annuali.

Le strutture di ricovero pubbliche dal 2007 al 2017 sono passate da 665 a 518 e le private accreditate da 542 a 482, mentre i posti letto sono passati rispettivamente dai 181.447 a 151.646 e da 46.454 a 40.458. I posti letto pubblici sono così passati dai 3,0 per 1.000 abitanti ai 2,5 per 1.000, mentre i privati accreditati da 0,8 per 1.000 a 0,7 per 1.000, con una più marcata riduzione per il pubblico (-16,4% contro 12,9%) (figura 3).

Nel complesso, di tratta di una dotazione sensibilmente inferiore (3,2 per 1.000 abitanti nel 2017) rispetto a quella di altri Paesi europei come la Germania (8,0 per 1.000), la Francia (6,0 per 1.000) ed alla media europea (5,0 per 1.000), ma più elevata di Spagna e Regno Unito.

Alcune carenze sono emerse nella loro drammaticità al momento della epidemia, rendendo necessario un adeguamento rapido ed emergenziale, come quello relativo all'aumento di posti letto di terapia intensiva¹⁴.

Rispetto alla situazione pre-Covid, la quasi totalità delle regioni ha incrementato sensibilmente la dotazione di posti letto in Terapia intensiva, con un aumento in percentuale superiore a quella indicata dal Ministero (+50%) (figura 4).

Si tratta di un esempio concreto della capacità di risposta del sistema, che ha richiesto uno sforzo sia economico che organizzativo fuori dall'ordinario, caratterizzato però da una chiave emergenziale, tanto è vero che, in questo momento, alcune regioni stanno cambiando direzione, iniziando una loro riduzione.

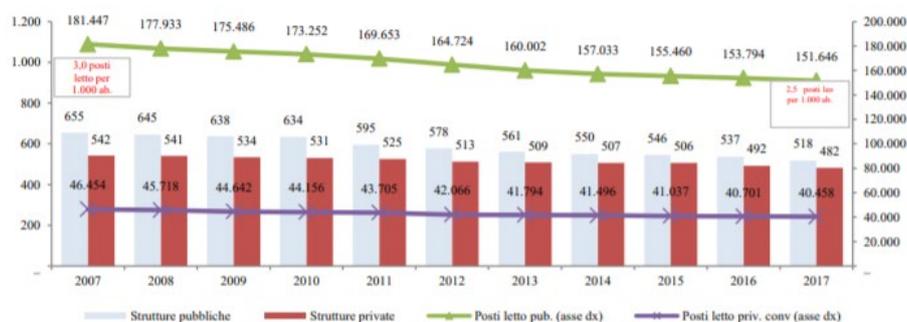
Ciò che va richiamato è che, a testimonianza dell'effetto ridotto di una razionalizzazione della spesa basata essenzialmente sui tagli, la spesa ospedaliera, nonostante sia diminuita nel tempo, continua a rappresentare una quota particolarmente rilevante della spesa sanitaria pubblica, dal momento che deve fare i conti con driver oggettivi di spesa, come le innovazioni terapeutiche e l'invecchiamento della popolazione, ma anche con i ritardi nello sviluppo della medicina del territorio e dei servizi per la cronicità (figura 5).

La situazione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) in Italia esemplifica bene i ritardi e le marcate differenze regionali nei servizi in grado di rispondere a livello territoriale ai bisogni complessi della cronicità e della terza età. Gli anziani over 64enni assistiti in Adi rappresentano l'83,7% dei casi trattati e sono il 6,2% sugli anziani residenti; si tratta di un numero ridotto e soprattutto sono presenti differenze di copertura molto marcate a livello regionale. Si va infatti dal 13,4% del Veneto, dal 12,6% del Molise, dall'11,6% della Toscana e dall'11,0% della Emilia-Romagna al 2,4% della Sardegna, al 2,5% della Calabria, al 3,9% della Puglia, ma anche in Lombardia il tasso si ferma al 5,5%.

La presenza di una rete di servizi in grado di garantire risposte a domicilio a una domanda in cui i bisogni sanitari sono sempre più intrecciati con quelli assistenziali ha probabilmente determinato una differenza di approccio anche nei confronti dell'emergenza sanitaria legata alla epidemia. Una rete di servizi territoriali rodada e funzionante ha significato, infatti, una maggiore capacità di monitoraggio e cura nei confronti dei pazienti Covid anche a domicilio in fasi precoci, evitando o riducendo il drammatico sovraffollamento degli ospedali ad alta intensità di cura.

Lo stress test della pandemia ha dunque messo in evidenza una fragilità spesso correlata a sforzi di risanamento finanziario che sono andati talvolta oltre il necessario e che soprattutto non hanno tenuto conto dell'importanza di un ripensamento complessivo del sistema, in grado di rimodulare l'offerta sanitaria alla luce dei fattori strutturali di cambiamento e delle interconnessioni tra i comparti, ad oggi ancora troppo spesso ignorate”.

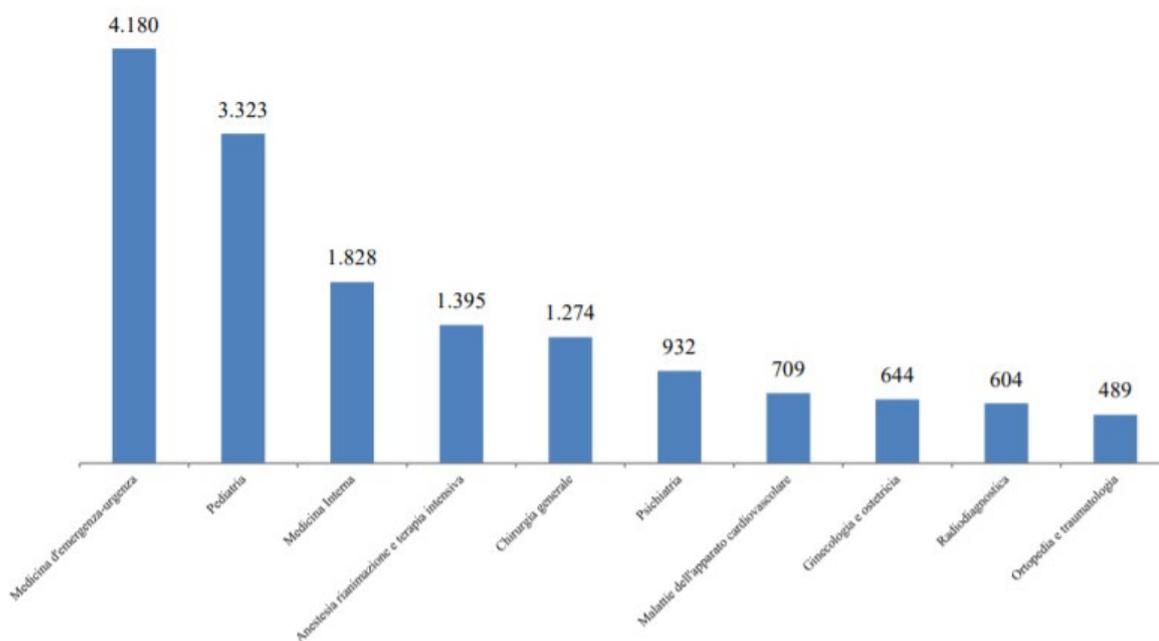
Fig. 3 - Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate e posti letto (degenza ordinaria) 2007-2017 (v.a.)



Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero della Salute

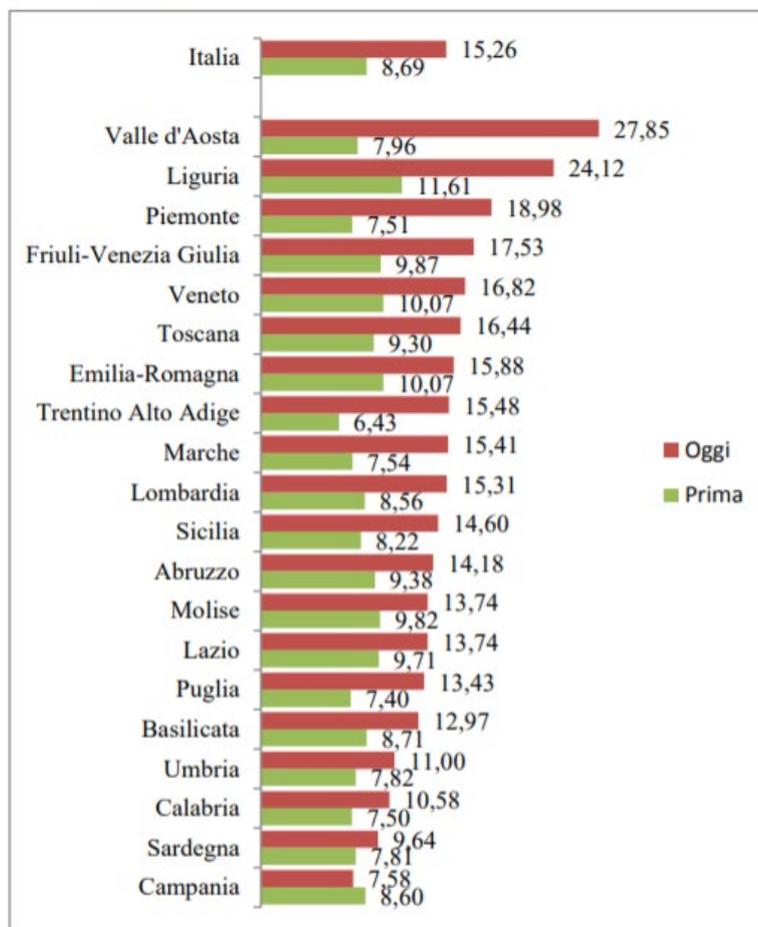
¹⁴ Enrico Rettore *Terapia intensiva e decessi, il lockdown ha funzionato*. Si legge in <https://www.lavoce.info/> (10 agosto 2020).

Fig. 2 - Le dieci specialità mediche più carenti a livello nazionale nel 2025 (v.a.)



Fonte: Anao-Assomed

Fig. 4 - Posti letto in Terapia intensiva (al 14/05/2020) per regione (val. per 100.000 abitanti)



Fonte: Altems-Alta scuola economia e management dei sistemi sanitari

2.4.2 L'offerta del Servizio Sanitario Nazionale. Il personale sanitario.

“Nel comparto della Sanità lavorano nel 2018 (ultimo anno per cui sono disponibili i dati) circa 691 mila unità di personale, di cui quasi 648 mila dipendenti a tempo indeterminato e oltre 43 mila con rapporto di lavoro flessibile.

Medici (16,6%) e personale infermieristico (41,1%), insieme, rappresentano più della metà degli occupati di questo settore. **Il sostanziale rallentamento della spesa complessiva è dovuto principalmente alla diminuzione del personale sanitario.** Rispetto al 2012, si è registrata una diminuzione del 4,9%, che ha riguardato anche i medici (-3,5%) e gli infermieri (-3,0%). **Nel periodo 2012-2018, considerando il solo personale a tempo indeterminato, il comparto sanità ha fatto registrare una riduzione di 25.808 unità (-3,8%).** I medici sono passati da 109 mila a 106 mila (-2,3%), il personale infermieristico da 272 mila a 268 mila (-1,6%).

● **La contrazione del personale è frutto di un turnover rimasto costantemente al di sotto del livello di rimpiazzo.** Nel 2014 sono stati assunti 80 dipendenti ogni 100 usciti, nel 2015 il rapporto è stato 70 ogni 100, nel 2017 sono stati sostituiti 98 dipendenti ogni 100. **Le riduzioni di personale sono state particolarmente consistenti nelle Regioni in piano di rientro.**

Un altro contributo alla riduzione della spesa per il personale è stato dato dal blocco delle procedure contrattuali e da altri limiti sugli aumenti retributivi in forza dei quali tra il 2014 e il 2017 l'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta dal 31,4% al 30,1%.

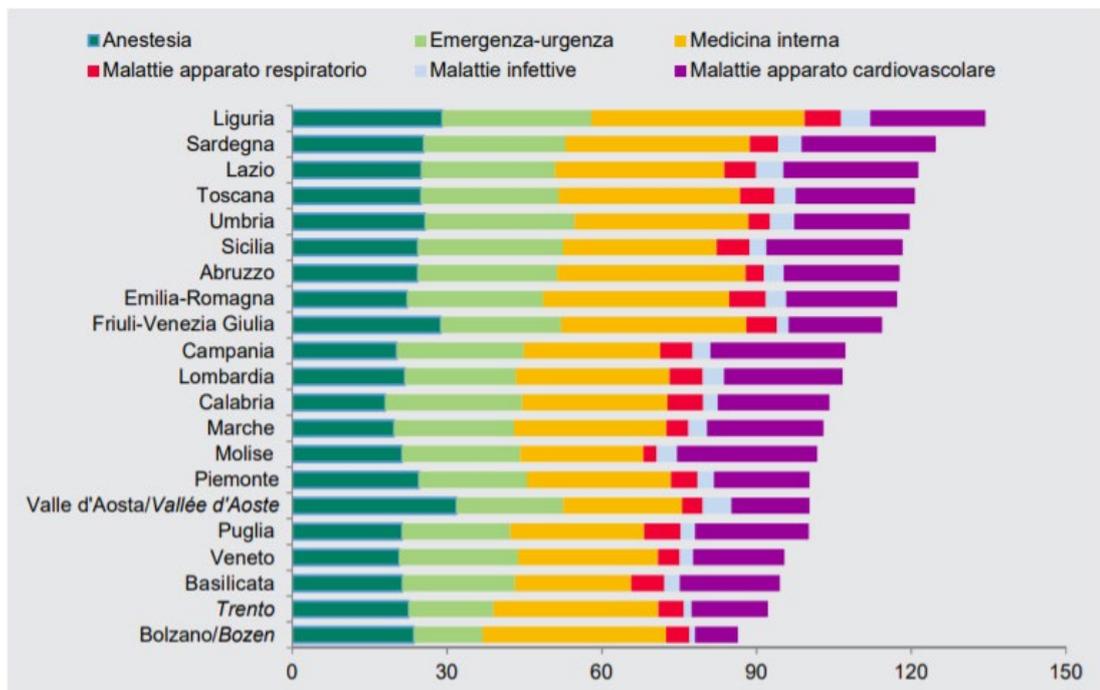
- **Una conseguenza dello scarso turnover del personale sanitario è l'aumento dell'età media dei dipendenti del SSN, salita a 50,7 anni nel 2018.** L'età media degli uomini è più alta di quella delle donne: 52,3 anni contro 49,9. Tra i medici il 60,4% degli uomini ha più di 55 anni, mentre quasi quattro su dieci superano i 60. La situazione anagrafica è diversa per le donne: solo il 36% ha più di 55 anni e circa la metà ha un'età compresa tra 40 e 55 anni. Tra gli infermieri, uno su quattro è over 55 e l'età media è pari a 48,2 anni.
- Il resto del personale, in media, è più giovane: quasi un quarto ha meno di 45 anni (23,9% gli uomini; 25,5% le donne), mentre solo una donna su dieci e uno uomo su cinque superano i 60 anni di età. Il pensionamento del personale medico costituisce una prospettiva preoccupante per il futuro, visto che attualmente i medici di 55-59 anni sono circa 21 mila e oltre 30 mila quelli di 60-64 anni. **Ci si può**

¹⁵  Presentato a Roma il 3 luglio 2020. Qui alcuni contenuti del capitolo 2 *Sanità e salute di fronte all'emergenza Covid-19*. Tutti i materiali sono in <https://www.istat.it/>.

attendere un esodo di queste figure centrali della sanità, mentre la mancata programmazione degli accessi ai corsi di specializzazione di medicina mette a rischio la copertura del fabbisogno delle professionalità necessarie.

- **Al 31 dicembre del 2019 l'Italia poteva contare su 66.481 medici specialisti nell'area dell'emergenza, delle malattie infettive, delle malattie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare e della medicina interna. Questi professionisti costituiscono circa il 35% del totale dei medici specialisti.** Lavora negli ospedali l'81,3% degli specialisti: questa quota scende al 75,4% per le malattie cardiovascolari, 75,8% per gli internisti, 76,6% per gli specialisti delle malattie dell'apparato respiratorio; sale al 84,0% per gli specialisti delle malattie infettive, 85,9% per l'area dell'emergenza, 90,5% per gli anestesisti. Rispetto al 2012, la dotazione complessiva di questi specialisti è aumentata del 5,2%, con differenze per tipo di specializzazione: anestesisti +13,3%, specialisti dell'emergenza +9,8%, specialisti delle malattie dell'apparato cardiovascolare +7,4%; si è ridotta del 8,3% la già esigua dotazione di medici specialisti delle malattie infettive e tropicali. Le regioni nelle quali la dotazione di specialisti è significativamente più elevata della media nazionale (110 specialisti per 100 mila residenti) sono la Liguria (134), la Sardegna (125), il Lazio e la Toscana (121), mentre nelle province autonome di Bolzano/Bozen (86) e Trento (92), in Basilicata (94) e in Veneto (95) la dotazione è sotto la media (Figura 2.18).

Figura 2.18 Medici attivi nel sistema sanitario per alcune specializzazioni e regione. Anno 2019 (tassi per 100 mila residenti)



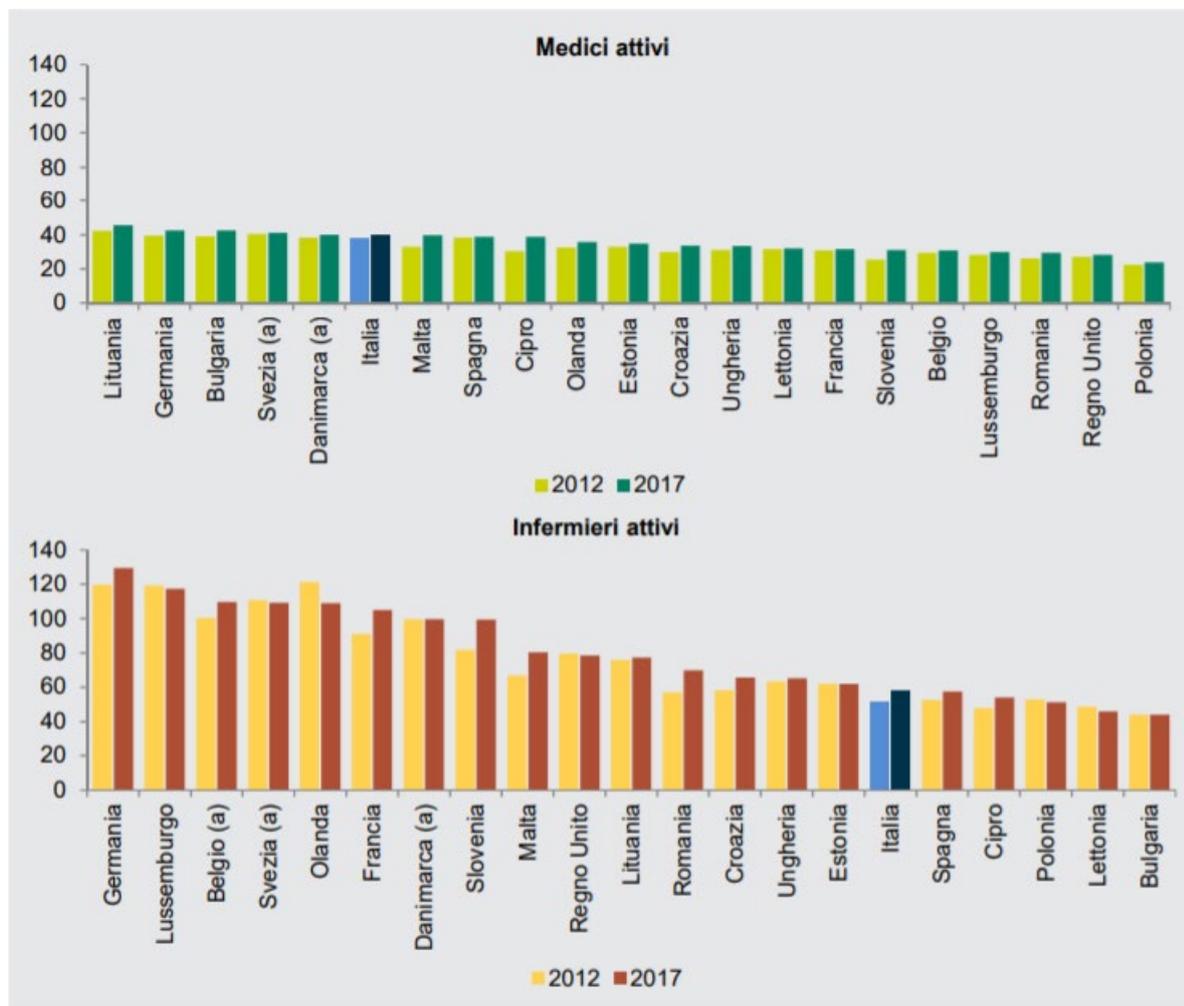
Fonte: Elaborazioni Istat su dati IQVIA, database One-Key

La dotazione di anestesisti, specialisti nell'area dell'emergenza-urgenza e internisti ha una ridotta variabilità regionale rispetto alla media nazionale: gli anestesisti (23 per 100 mila residenti) vanno da 18 in Calabria a 32 in Valle d'Aosta; gli specialisti nell'area dell'emergenza-urgenza (24 per 100 mila residenti) da 13 nella

provincia autonoma di Bolzano a 29 in Liguria e Umbria; gli specialisti in medicina interna (31 per 100 mila residenti) da 23 in Basilicata a 41 in Lombardia”.

(...)

Figura 1 Medici e infermieri attivi nel sistema sanitario per 10.000 residenti in alcuni paesi dell'Unione europea. Anni 2012, 2017 dell'Unione europea. Anni 2012, 2017



Fonte: Elaborazioni Istat su dati Eurostat.
(a) Dati 2016.

L'offerta ospedaliera.

“La rete di offerta ospedaliera pubblica, negli ultimi anni, è stata oggetto di numerosi interventi di riforma, i cui obiettivi erano una maggiore appropriatezza dell'attività di cura e una razionalizzazione dei posti letto. Nel 1995, i posti letto ospedalieri erano 356 mila, pari a 6,3 per 1.000 abitanti. **Dal 2010 al 2018, il numero di posti letto è diminuito in media dell'1,8% l'anno, continuando un andamento osservato già a partire dalla metà degli anni '90. Si è passati, infatti, da 244 mila posti letto del 2010 a 211 mila del 2018;** in questo ultimo anno, la dotazione si è attestata a 3,49 posti letto ogni 1.000 abitanti. Il livello più basso si registra in Calabria, con 2,96 posti letto, il più alto in Molise con 3,98 posti letto.

Tavola 2.5 Posti letto ospedalieri per tipologia di reparto, natura giuridica della struttura e regione. Anno 2018 (composizione %)

REGIONI	Lungodegenza		Riabilitazione		Specialità a media assistenza		Specialità ad elevata assistenza		Specialità di base		Terapia intensiva e subintensiva		Totale complessivo	
	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata	Pub-blica	Pri-vata
Piemonte	39,0	61,0	28,4	71,6	93,2	6,8	89,4	10,6	90,1	9,9	99,8	0,2	76,1	23,9
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	100,0	0,0	17,9	82,1	100,0	0,0	100,0	0,0	94,8	5,2	100,0	0,0	84,5	15,5
Lombardia	34,5	65,5	28,8	71,2	71,7	28,3	83,1	16,9	74,4	25,6	75,8	24,2	65,5	34,5
Bolzano/Bozen	28,7	71,3	39,8	60,2	100,0	0,0	100,0	0,0	98,2	1,8	100,0	0,0	86,4	13,6
Trento	14,5	85,5	28,9	71,1	100,0	0,0	100,0	0,0	87,5	12,5	100,0	0,0	73,1	26,9
Veneto	91,5	8,5	64,4	35,6	98,3	1,7	78,8	21,2	93,9	6,1	98,1	1,9	89,7	10,3
Friuli-Venezia Giulia	84,2	15,8	60,7	39,3	100,0	0,0	100,0	0,0	87,3	12,7	100,0	0,0	89,1	10,9
Liguria	100,0	0,0	57,5	42,5	99,3	0,7	97,1	2,9	97,3	2,7	96,3	3,7	93,0	7,0
Emilia-Romagna	57,8	42,2	37,3	62,7	92,7	7,3	73,5	26,5	81,9	18,1	87,1	12,9	76,7	23,3
Toscana	0,0	100,0	41,6	58,4	98,8	1,2	90,1	9,9	87,8	12,2	99,5	0,5	85,4	14,6
Umbria	77,5	22,5	91,4	8,6	100,0	0,0	100,0	0,0	86,6	13,4	100,0	0,0	90,6	9,4
Marche	60,8	39,2	24,8	75,2	100,0	0,0	100,0	0,0	85,2	14,8	100,0	0,0	82,9	17,1
Lazio	6,3	93,8	28,1	71,9	65,6	34,4	76,8	23,2	67,0	33,0	72,4	27,6	60,8	39,2
Abruzzo	75,9	24,1	24,5	75,5	87,8	12,2	86,4	13,6	81,7	18,3	92,0	8,0	77,1	22,9
Molise	100,0	0,0	21,6	78,4	58,5	41,5	51,9	48,1	82,5	17,5	83,3	16,7	63,9	36,1
Campania	15,9	84,1	18,2	81,8	76,2	23,8	74,7	25,3	67,5	32,5	88,7	11,3	65,5	34,5
Puglia	100,0	0,0	42,9	57,1	88,6	11,4	82,6	17,4	84,2	15,8	82,4	17,6	81,2	18,8
Basilicata	89,4	10,6	86,7	13,3	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	97,9	2,1
Calabria	40,0	60,0	5,3	94,7	86,8	13,2	94,9	5,1	69,4	30,6	93,3	6,7	65,9	34,1
Sicilia	69,8	30,2	36,1	63,9	80,4	19,6	83,9	16,1	70,6	29,4	88,9	11,1	69,2	30,8
Sardegna	35,7	64,3	30,4	69,6	91,3	8,7	100,0	0,0	82,6	17,4	100,0	0,0	81,9	18,1
Italia	49,4	50,6	34,2	65,8	84,1	15,9	83,6	16,4	80,1	19,9	88,5	11,5	74,5	25,5

Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della salute

La natura, pubblica o privata, delle strutture operanti nel SSN mostra una forte caratterizzazione territoriale. Nelle Regioni del Nord, l'offerta di posti letto è pubblica per circa l'80%, mentre nel Mezzogiorno la quota di pubblico, pur maggioritaria, è più bassa.

Lazio e Lombardia sono eccezioni, con una quota di privato convenzionato, rispettivamente, del 39% e del 32% del totale dei posti letto ospedalieri.

La composizione dell'offerta ospedaliera è caratterizzata dalla natura delle strutture. Gli ospedali pubblici sono più orientati verso l'assistenza a media ed elevata specializzazione e alle terapie intensive, di cui rappresentano, rispettivamente l'84,1%, l'83,6% e l'88,5% dei posti letto. **Gli ospedali privati in convenzione con il SSN coprono prevalentemente l'offerta di posti letto di riabilitazione e lungodegenza, con quote rispettivamente del 65,8% e 50,6% (Tavola 2.5).**

Nel corso degli anni, l'attività ospedaliera si è concentrata sull'erogazione di prestazioni a elevata intensità assistenziale, come si desume dalla modifica della composizione dei posti letto per tipologia di reparto. Tra il 2010 e il 2018 è diminuita la quota destinata ai reparti con specialità di base, passata dal 55,6% nel 2010 al 52,6% nel 2018; per contro, è aumentata la proporzione di posti letto nei reparti con specializzazione di media ed elevata assistenza (passati dal 24,6% a 25,2%) e in quelli della terapia intensiva (aumentati dal 3,6% nel 2010 al 4,3%)".

Patrocinio*

Ministero della Salute

4words

Le parole dell'innovazione in sanità **20**

4^a RIUNIONE ANNUALE FORWARD

ROMA
30 GENNAIO 2020
Centro congressi Fontana di Trevi

Network/Reti
Sostenibilità
Paura/Coraggio
(R)evolution

* in richiesta

www.forward.recentiproggressi.it

Segreteria organizzativa
Simona Maiorano
Il Pensiero Scientifico Editore/Think2it
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
tel. +39 06.862.82.341
fax +39 06.862.82.250
s.maiorano@think2.it

¹⁶ <https://forward.recentiproggressi.it/it/archivio-convegni> ; <https://www.saluteinternazionale.info/>

PROGRAMMA

Apertura **Alessio D'Amato** *Assessore, Sanità e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio*
Renato Botti *Direttore regionale, Direzione generale salute e integrazione sociosanitaria, Regione Lazio*

Mattina **Marina Davoli** – *moderatore*
Dipartimento di epidemiologia, Servizio sanitario regionale del Lazio, Asl Roma 1

Network / Reti 10:00-11:30

Lorenzo Farina *Sapienza università di Roma – chairperson*
Guido Caldarelli *Scuola IMT alti studi, Lucca – discussant*

Harald Schmidt
*Department of pharmacology
& personalised medicine,
University of Maastricht*

Paola Velardi
*Dipartimento di informatica,
Sapienza università di Roma*

Sostenibilità 11:30-13:00

Silvio Garattini *Istituto di ricerche farmacologiche Irccs, Milano – chairperson*
Sabina Nuti *Scuola superiore Sant'Anna, Pisa – discussant*

Sir Michael Marmot
*Epidemiology and public health,
University college London*

Richard Wilkinson
*Social epidemiology,
University of Nottingham*

Pomeriggio **Angelo Tanese** – *moderatore*
Direttore generale, Asl Roma 1

Paura / Coraggio 14:00-15:30

Camilla Alderighi *Irccs Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze – chairperson*
Guido Giustetto *Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Torino – discussant*

Francesca Fedeli
*Co-fondatrice di
FightTheStroke.org*

John Mandrola
*Louisville cardiology group,
Baptist health Louisville*

(R)evolution 15:30-17:00

Giuseppe Recchia *Fondazione Smith Kline – chairperson*
Davide Bennato *Università di Catania – discussant*

Todd Ponsky
*Department of surgery,
Cincinnati Children's hospital*

Kathrin Cresswell
*Usher institute,
University of Edinburgh*

Conclusioni **Antonio Addis** – *Dipartimento di epidemiologia,
Servizio sanitario regionale Lazio, Asl Roma 1*

www.forward.recentiproggressi.it

4 LUGLIO 2020

PRESIDIO MINISTERO DELLA SALUTE ROMA

**Per un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale
oltre l'emergenza Covid-19!**

**Contro il regionalismo differenziato, con particolare
riferimento alla sanità delle Regioni Lombardia, Veneto
ed Emilia-Romagna!**

**Immediata tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro e di
vita!**



CAMPAGNA DICO 32! COORDINAMENTO NAZIONALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE



CAMPAGNA DICO 32! COORDINAMENTO NAZIONALE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE

**Per un potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale oltre l'emergenza Covid-19!
Contro il regionalismo differenziato, con particolare riferimento alla sanità delle Regioni Lombardia, Veneto ed
Emilia-Romagna!
Immediata tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro e di vita!**

CHIEDIAMO

- Piano di potenziamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, incrementando il Fondo Sanitario Nazionale di almeno 40 miliardi nei prossimi 4 anni, destinati alle sole strutture pubbliche e non al privato accreditato ed esternalizzato: assegnare i finanziamenti alle Regioni, in base alla rilevazione dei bisogni di salute dei cittadini e non a stime derivanti dalla spesa storica.
- Destinare i finanziamenti, con adeguati controlli della spesa, a un programma di assunzioni attraverso concorsi e graduatorie regionali con riferimento ai parametri europei; alla riqualificazione e potenziamento dei servizi del territorio, inclusi i servizi di Igiene pubblica, prevenzione e tutela della salute sui luoghi di lavoro e della scuola, medicina di genere e prevenzione e tutela della salute della donna; potenziamento dei servizi di tutela della salute mentale e psicologica; al recupero, messa in sicurezza, potenziamento e riconversione ecologica del patrimonio edilizio; all'adeguamento dei dispositivi biomedicali e della rete informatica.
- Abbandonare e invertire il processo di esternalizzazione dei servizi e dell'accreditamento di erogatori privati, che assorbono ormai gran parte dei finanziamenti, superando in molte Regioni il 50% in della spesa sanitaria complessiva, attraverso un esteso percorso di re-internalizzazione.
- Abolire le agevolazioni fiscali per le prestazioni sostitutive dei livelli essenziali di assistenza, acquisite privatamente sia in forma diretta che intermediata da assicurazioni e fondi sanitari e intraprendere un percorso per l'abolizione della libera professione intramoenia.
- Ampliare l'accesso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie, soprattutto infermieristiche, definendo le competenze e l'integrazione fra le varie figure professionali; eliminare l'imbuto formativo e lavorativo, ampliando l'accesso ai Corsi di Specializzazione.
- Contratto nazionale unico per tutti gli operatori sanitari, compresi i medici e i pediatri di base e gli specialisti ambulatoriali convenzionati.
- Finanziare con almeno 20 miliardi nei prossimi 4 anni la ricerca in forma congiunta tra Università e Servizio Sanitario Nazionale.
- Realizzare un'industria pubblica del farmaco, dei reattivi di laboratorio e dei dispositivi biomedicali, contro speculazioni e ricatti delle multinazionali farmaceutiche, coinvolgendo, anche in un quadro europeo, le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e quelle militari, già deputate alla produzione di farmaci.
- I servizi socio sanitari per gli anziani devono includere strutture pubbliche, aperte al territorio e ai familiari, con team multidisciplinare in una prospettiva di deistituzionalizzazione.
- Ridurre le dimensioni delle ASL e dei Distretti e democratizzarle attraverso il superamento della figura anacronistica e monocratica del Direttore Generale.
- Respingere le richieste di regionalismo differenziato, con particolare riferimento alla tutela della salute, attraverso il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale pubblico universalistico, equo e solidale fondato sulla fiscalità generale, come previsto dalla L. 833/78, con l'obiettivo di abolire il divario Nord-Sud, attraverso una regia centrale, non centralistica, che garantisca diffusione, qualità dei servizi e uniformità di accesso in tutto il Paese.
- Garantire nei territori forme di partecipazione, tra cui quella dei comuni, per affiancare le istituzioni nella promozione salute.

CAMPAGNA DICO 32!

TAVOLA II.3: MISURE "CORONAVIRUS" LEGGE CURA ITALIA N. 27 DEL 24 APRILE 2020

Misura	Descrizione e costi della misura	Periodo
II.2 IL DOMINIO SALUTE		
II.2.1 Misure di potenziamento del personale SSN		
<i>Finanziamento aggiuntivo per incentivi in favore del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale</i>	Aumento di 250 milioni di euro del fondo contrattuale per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria e per le condizioni di lavoro e gli incarichi del personale del comparto sanità; Autorizzazione della spesa di 100 milioni di euro per consentire agli enti e alle aziende del Servizio sanitario nazionale e ai policlinici universitari di assumere personale sanitario, medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, soggetti iscritti agli albi delle professioni sanitarie, operatori socio-sanitari e personale medico, veterinario, sanitario e socio-sanitario collocato in quiescenza attraverso il conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, prorogabili nel caso in cui lo stato di emergenza si estenda.	per l'anno 2020
<i>Piani di fabbisogno del personale del SSN</i>	Le regioni procedono alla rideterminazione dei piani di fabbisogno del personale	
<i>Incremento specialistica</i>	Autorizzazione ad incrementare il monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna, per un limite di spesa pari a 6 milioni di euro	per l'anno 2020
<i>Potenziamento delle risorse umane del Ministero della Salute</i>	Per potenziare le attività di vigilanza, di controllo igienico-sanitario e profilassi svolte presso i principali porti e aeroporti, il Ministero della Salute è autorizzato ad assumere con contratto di lavoro a tempo determinato con durata non superiore a tre anni, 40 unità di dirigenti sanitari medici, 18 unità di dirigenti sanitari veterinari e 29 unità di personale non dirigenziale con il profilo professionale di tecnico della prevenzione. A tal fine è autorizzata la spesa di 5,093 milioni di euro per l'anno 2020, di 6,791 milioni di euro per gli anni 2021 e 2022 e di 1,698 milioni di euro per l'anno 2023	per gli anni 2020-2023
<i>Abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo e ulteriori misure urgenti in materia di professioni sanitarie</i>	Si introduce il principio della laurea abilitante all'esercizio della professione di medico-chirurgo, fermo restando lo svolgimento e il superamento di un tirocinio, e si prevede l'adeguamento dell'ordinamento didattico del corso di laurea. Si prevedono infine norme transitorie sulle modalità di svolgimento degli esami finali di alcuni corsi di laurea relativi a professioni sanitarie e delle prove compensative inerenti al relativo riconoscimento. Gli incarichi sono conferiti mediante avviso pubblico e procedure comparative (anche orali)	

¹⁷  Qui si riprende la sezione dedicata al *dominio salute*. Testo completo: <http://www.dt.mef.gov.it/> (6 luglio 2020).

<i>Arruolamento temporaneo di medici e infermieri militari</i>	Arruolamento eccezionale per 120 ufficiali medici e 200 sottoufficiali infermieri, con una ferma di un anno, per 13,750 milioni di euro per il 2020 e 5,662 milioni di euro per il 2021	per gli anni 2020-2021
<i>Assunzione urgente di funzionari tecnici per la biologia la chimica e la fisica presso le strutture sanitarie militari</i>	Il Ministero della Difesa può conferire incarichi a tempo indeterminato a funzionari tecnici per la biologia, la chimica e la fisica per un importo di 115,490 mila euro annui	per gli anni 2020-2021
<i>Potenziamento risorse umane dell'INAIL</i>	L'INAIL può conferire incarichi di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa per la durata non superiore a sei mesi a 200 medici specialisti e 100 infermieri, per 15 milioni di euro	per l'anno 2020

Misura	Descrizione e costi della misura	Periodo
--------	----------------------------------	---------

II.2 IL DOMINIO SALUTE

II.2.1 Misure di potenziamento del personale SSN

<i>Disposizioni urgenti per assicurare continuità alle attività assistenziali e di ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità</i>	Lo stanziamento finanziario dell'ISS viene aumentato di 4 milioni di euro annui per far fronte all'emergenza e assumere a tempo determinato 20 unità con qualifica di dirigente medico, 5 unità di primo ricercatore/tecnologo, 20 unità di ricercatore/tecnologo e 5 unità con qualifica di Collaboratore Tecnico Enti di Ricerca	per gli anni 2020-2022
<i>Unità speciale di continuità assistenziale</i>	Si istituisce una unità speciale di continuità assistenziale ogni 50.000 abitanti a cui il medico generale comunica, dopo un triage telefonico, nome e indirizzo dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero, per 104 milioni di euro	fino al 31 luglio 2020
<i>Misure straordinarie per la permanenza in servizio del personale sanitario</i>	Il SSN può mantenere il personale in servizio in deroga alle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza	
<i>Deroga delle norme in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie</i>	Consenso all'esercizio temporaneo di qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero regolata da specifiche direttive dell'Unione Europea	
<i>Disposizioni urgenti in materia contrattuale per la medicina convenzionata*</i>	Corresponsione degli incrementi del trattamento economico per i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, pari a 1,84 per cento per il periodo 1° gennaio 2018-31 marzo 2018 e al 4,23 per cento dal 1° aprile 2018, e agli specialisti ambulatoriali convenzionati, per i quali si anticipa la decorrenza dell'adeguamento pari al 4,23 per cento al 1° aprile 2018, anziché dal 1° settembre 2018	
<i>Periodi continuativi di attività del personale volontario impegnato nella protezione civile</i>	Si veda il dominio 'Lavoro e conciliazione dei tempi di vita'	

II.2.2 Interventi sulle strutture e attrezzature sanitarie

<i>Potenziamento delle reti di assistenza territoriale</i>	Le Regioni, le P.A. di Trento e Bolzano e le aziende sanitarie sono autorizzate a stipulare contratti per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie con strutture private accreditate e non accreditate, purché autorizzate, per 240 milioni di euro e mettono a disposizione il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti, per 160 milioni di euro	per l'anno 2020
--	---	-----------------

<i>Disciplina delle aree sanitarie temporanee</i>	Si autorizza l'attivazione di aree sanitarie anche temporanee all'interno o all'esterno di strutture di ricovero. Per le opere edilizie si stanziavano 50 milioni di euro	sino al termine dell'emergenza
<i>Misure di semplificazione per l'acquisto di dispositivi di protezione individuali</i>	Autorizzazione ad acquisire dispositivi di protezione individuale idonei per prevenire contatti e trasmissione aerea e altri dispositivi medici nonché a disporre pagamenti anticipati dell'intera fornitura. Per l'acquisto di cinquemila impianti di ventilazione assistita e dei materiali indispensabili per il loro funzionamento è prevista una spesa pari a 185 milioni di euro	fino al 31 luglio 2020
Misura	Descrizione e costi della misura	Periodo
II.2 IL DOMINIO SALUTE		
II.2.2 Interventi sulle strutture e attrezzature sanitarie		
<i>Requisizioni in uso o in proprietà</i>	Il Capo del Dipartimento della Protezione Civile può requisire presidi sanitari e medico-chirurgici e beni mobili occorrenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria, per 150 milioni di euro	sino al termine dell'emergenza, per l'anno 2020
<i>Potenziamento delle strutture della Sanità militare</i>	Autorizzazione del potenziamento dei servizi sanitari militari e dell'acquisto di dispositivi medici e presidi sanitari per la gestione dei casi urgenti, per 34,6 milioni di euro; autorizzazione a produrre e distribuire disinfettanti e sostanze germicida e battericida, per 704 mila euro	per l'anno 2020
<i>Misure straordinarie per il progetto di realizzazione del nuovo complesso ospedaliero della città di Siracusa*</i>	Si nomina un Commissario straordinario per la progettazione e la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero della città di Siracusa	completare entro il 2022
<i>Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19*</i>	Le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano possono riconoscere la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19, anche in deroga al limite di spesa e per 240 milioni di euro. Per la messa a disposizione di locali e personale da parte delle strutture sanitarie è autorizzata la spesa di 160 milioni di euro per l'anno 2020**	fino al 31 luglio 2020
Nota. Le misure contrassegnate con un * si riferiscono alla Legge Liquidità Imprese. **Tale misura è stata sostituita dall'articolo 4 del Decreto Legge n. 34 del 2020 (DL Rilancio)		

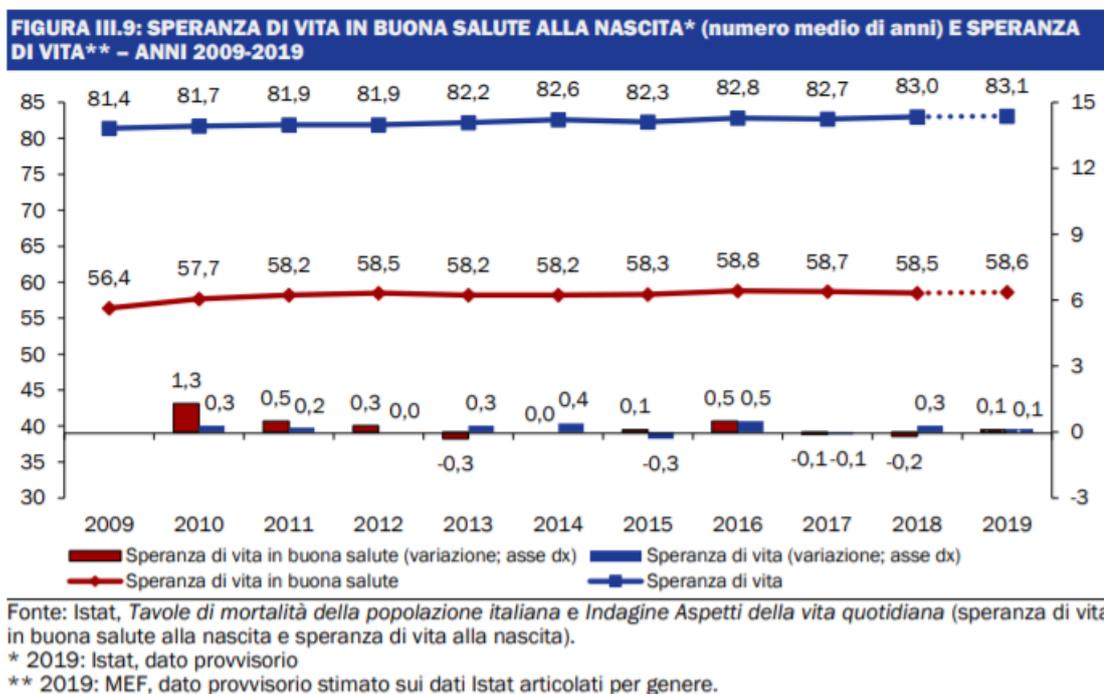
II.2.3 Misure per la tutela della salute dei cittadini e prevenzione e diffusione del contagio.

- Disposizioni straordinarie per la produzione di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale. Si veda il dominio 'Benessere economico'.
- Contributi alle imprese per la sicurezza e potenziamento dei presidi sanitari. Si veda il dominio 'Benessere economico'.
- Ulteriori misure di protezione a favore dei lavoratori e della collettività.(...)
- Ulteriori misure per il contenimento del rischio infettivo attraverso la sterilizzazione dei rifiuti sanitari.(...)
- Estensione durata permessi retribuiti ex art. 33, Legge 5 febbraio 1992, n. 104. (...)
- Misure urgenti per la tutela del periodo di sorveglianza attiva dei lavoratori del settore privato. Si veda il dominio 'Benessere economico'.
- Disposizioni in materia di lavoro agile. (...)
- Sospensione delle misure di condizionalità. (...)
- Disposizioni in materia di personale addetto ai lavori necessari al ripristino del servizio elettrico. Si veda il dominio 'Lavoro e conciliazione dei tempi di vita'.
- Acquisti per lo sviluppo di sistemi informativi per la diffusione del lavoro agile e di servizi in rete per l'accesso di cittadini e imprese. Per favorire la diffusione del lavoro agile, dei servizi in rete e agevolare l'accesso agli stessi da parte di cittadini e imprese, le amministrazioni aggiudicatrici sono autorizzate sino al 31 dicembre

2020 ad acquistare beni e servizi informatici mediante procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara.

- Promozione del lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni. (...) • Disposizioni INAIL. Si veda il dominio 'Benessere economico'.
- Obblighi dei datori di lavoro per la tutela contro il rischio di contagio da COVID-19.
- Credito d'imposta per le spese di sanificazione degli ambienti di lavoro. Si veda il dominio 'Benessere economico'.
- Strutture per le persone con disabilità e misure compensative di sostegno anche domiciliare.
- Misure per la funzionalità delle Forze di polizia, delle Forze armate, del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco, della carriera prefettizia e del personale dei ruoli dell'Amministrazione civile dell'interno. Si veda il dominio 'Sicurezza'.
- Misure per la profilassi del personale delle Forze di polizia, delle Forze armate e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco.
- Disposizioni per il personale impegnato nelle attività di assistenza e soccorso. Si incrementa la dotazione organica del ruolo speciale tecnico-amministrativo del personale dirigenziale di prima fascia e di seconda fascia della protezione civile, di un posto rispettivamente, per un importo complessivo pari a 290 mila euro per il 2020 e di 386 mila euro dall'anno 2021.
- Ulteriori misure per la funzionalità delle Forze Armate. Si incrementa il personale delle Forze Armate nel dispositivo "Strade sicure" di 253 unità per novanta giorni dal 17 marzo; la spesa è pari a circa 8 milioni di euro per il pagamento delle prestazioni di lavoro straordinario e a circa 2 milioni di euro per gli altri oneri connessi all'impiego del personale.
- Pulizia straordinaria degli ambienti scolastici. Viene autorizzata la spesa di 43,5 milioni di euro per consentire alle istituzioni scolastiche e educative pubbliche e paritarie di dotarsi dei materiali per la pulizia straordinaria dei locali e di dispositivi di protezione e igiene personali, sia per il personale sia per gli studenti". (...)

III. L'ANDAMENTO DEGLI INDICATORI BES



“L'andamento dell'indicatore nel 2019 è differenziato tra maschi e femmine: i primi hanno registrato un aumento dell'indicatore di 0,3 anni rispetto all'anno precedente, le femmine, invece, hanno dichiarato un'aspettativa di vita in buona salute alla nascita lievemente inferiore a quella dell'anno precedente (-0,1 anni). Tuttavia, nel periodo 2009-2019 si è assistito a un sostanziale miglioramento dell'indicatore per entrambi i sessi rispettivamente di 2,0 anni per i maschi e 2,4 anni per le femmine. Date queste variazioni il gap maschi-femmine, pur rimanendo favorevole per i maschi, si è ridotto passando dai 2,6 anni nel 2009 ai 2,2 anni del 2019 (nel 2018 il gap era pari a 1,8”).



D.L. n. 34/2020 (cd. Decreto Rilancio) - Quadro di sintesi degli interventi - A.C. 2500-A/R

Misure per la sanità¹⁸

In tema di sanità il decreto-legge è finalizzato ad un **complessivo rafforzamento del Servizio sanitario nazionale, nelle sue diverse articolazioni, territoriale ed ospedaliera, sia sotto il profilo organizzativo che per quanto attiene alle assunzioni di personale, nonché per l'aumento dei contratti di specializzazione medica. Vengono stanziati complessivamente 3,2 miliardi destinati a tali ambiti.**

- Vengono poi disposte alcune proroghe di termini e l'estensione di alcuni benefici in ragione del perdurare dello stato di emergenza.

Le autorizzazioni di spesa previste sono indirizzate a:

- requisizione in uso di immobili per la gestione dei pazienti in sorveglianza attiva e isolamento;
- implementazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI- ;
- reclutamento personale infermieristico e introduzione della figura dell'infermiere di famiglia/o di comunità;
- previsione di incentivi per i medici di medicina generale che si avvarranno della collaborazione di infermieri;
- rafforzamento delle USCA (Unità speciali di continuità assistenziale, art. 4-bis D.L. 18/2020) con specialisti convenzionati da utilizzare anche per attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite (RSA) e le altre strutture residenziali;
- assunzione di assistenti sociali di supporto alle USCA nelle valutazioni multidimensionali;
- istituzione e potenziamento delle Centrali operative regionali dotate di apparecchiature informatiche e di telemedicina, di raccordo con le USCA e i servizi di urgenza/emergenza.

- Le Regioni e le province autonome sono tenute, qualora non lo abbiano già fatto, a implementare ed indirizzare, i servizi di Assistenza domiciliare integrata (ADI).

Vengono istituite le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-COV-2. Più in particolare le regioni e le province autonome sono tenute alla costituzione di reti fra laboratori di microbiologia, individuando un laboratorio pubblico di riferimento regionale con il compito di indicare, in collegamento con l'Istituto superiore di sanità (ISS) e ai fini dell'accreditamento regionale, i laboratori di microbiologia pubblici e privati idonei a far parte delle già menzionate reti.

I laboratori di microbiologia così individuati sono tenuti a trasmettere i referti positivi dei test molecolari (tamponi) per infezione da SARSCoV-2 al Dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'ISS, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza epidemiologica integrata del COVID-19, ai sensi dell'art. 1 dell'ordinanza n. 640 del 27 febbraio 2020 del Capo della Protezione civile.

- E' prevista la stipula di una Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, sulla base della quale vengono attribuiti al Ministero della salute incarichi di coordinamento per la sperimentazione, nel biennio 2020-2021, di strutture di prossimità ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle

¹⁸ Documentazione realizzata dagli uffici parlamentari e disponibile il 7 luglio 2020. Il Decreto "Rilancio" è stato approvato dalla Camera dei Deputati nella seduta del 9 luglio 2020 e dal Senato della Repubblica nella seduta del 16 luglio 2020. [Testo definitivo: Legge 17 luglio 2020 n.77.](https://welforum.it/) La tabella a pagina 38 è stata proposta da Laura Pelliccia: <https://welforum.it/> del 28 luglio 2020. Parte consistente delle risorse sono da Banca Europea Investimenti: <http://www.quotidianosanita.it/> (30 luglio 2020). Ulteriori misure e risorse indicate nel Decreto-legge 14 agosto 2020 n.104. Vedi anche commento sul capo III del testo: <https://www.sanitainformazione.it/> del 5 agosto 2020.

categorie più fragili, nonché progetti (proposti dalle strutture di prossimità) con modalità di intervento che riducano le logiche di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di continuità. Per l'intervento sono stanziati 25 milioni di euro con differenti autorizzazioni di spesa per il 2020 e il 2021.

Inoltre, fino al 31 dicembre 2021, viene data facoltà agli enti e alle aziende del Ssn di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di psicologo regolarmente iscritti nell'albo professionale. Il conferimento di incarichi avviene in deroga alla normativa vigente.

Viene prevista l'adozione da parte del Comitato tecnico-scientifico di linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario e sociosanitario per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità. Le linee guida vengono adottate nel rispetto di alcuni principi, tra i quali la garanzia della sicurezza e del benessere psico-fisico delle persone ospitate o ricoverate, la garanzia della sicurezza di tutto il personale impiegato, anche attraverso la fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale, nonché la previsione di specifici protocolli per la diagnosi dei contagi e per la sanificazione periodica degli ambienti (art. 1-ter).

- Vengono accantonati, a decorrere dal 2021, 20 milioni di euro annui a valere sul finanziamento statale del fabbisogno sanitario nazionale, allo scopo di attivare ulteriori borse di studio per medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale (art.1-bis).

Viene operato un rafforzamento strutturale della rete ospedaliera del Servizio sanitario nazionale mediante l'adozione di uno specifico piano di riorganizzazione in grado di fronteggiare in maniera adeguata le emergenze pandemiche – quale quella da COVID-19 in corso.

A tale scopo si prevede un aumento strutturale sul territorio nazionale di posti letto di terapia intensiva - ubicati anche in strutture movimentabili - e di area semi-intensiva (al 50% convertibili in posti di terapia intensiva), della dotazione dei mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari dei pazienti COVID-19, e viene demandato alle regioni di consolidare all'interno delle strutture sanitarie la separazione dei percorsi di accesso e cura per i pazienti citati.

Le Regioni e le province autonome vengono anche autorizzate ad incrementare le spese per le assunzioni di personale sanitario, sociosanitario e tecnico, e possono altresì riconoscere agli operatori sanitari della rete ospedaliera, un premio commisurato al servizio effettivamente prestato durante lo stato di emergenza deliberato il 31 gennaio 2020, di importo non superiore a 2.000 euro (art.2).

Viene disposto che gli incarichi individuali a tempo determinato previsti per il personale delle professioni sanitarie e socio-sanitarie e per i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione (art. 2-ter D.L. 18/2020) abbiano, per i medici specializzandi, una durata di 6 mesi (e non già di un anno come previsto in precedenza), e siano prorogabili, in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 31 dicembre 2020 (art. 3).

- Viene estesa ad altri professionisti sanitari in formazione specialistica - odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi - la possibilità - fino ad ora prevista per i medici e veterinari in formazione specialistica - di partecipazione alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza pubblica del ruolo sanitario concernenti la specifica disciplina oggetto del corso, con la conseguente formazione di una graduatoria separata; la possibilità, in via transitoria, fino al 31 dicembre 2022, per i soggetti utilmente collocati nelle suddette graduatorie separate, di assunzione a tempo determinato e con orario a tempo parziale (da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale) prima del conseguimento del titolo di formazione specialistica, con successivo inquadramento, a decorrere dalla data del conseguimento del medesimo titolo, a tempo indeterminato (nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale, art. 3-bis).

Limitatamente al periodo dello stato di emergenza, viene previsto e disciplinato il riconoscimento alle strutture sanitarie inserite nei piani per incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva, di una remunerazione per una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti

ed alla gestione dell'emergenza. La definizione delle modalità di determinazione di tale remunerazione è rimessa ad un decreto del Ministro della salute, sulla base di alcuni criteri, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni (art.4).

- Viene incrementata l'autorizzazione di spesa relativa al numero dei contratti di formazione specialistica destinati ai medici specializzandi per un importo di 105 milioni per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024. A questi sono stati aggiunti altri 25 milioni per il 2022 e 2023 e 26 milioni per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026 (art. 5).

Allo scopo di una semplificazione delle procedure di rinnovo delle ricette mediche e di una limitazione degli accessi dei pazienti presso le strutture sanitarie, per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, vengono disposte alcune proroghe delle prescrizioni mediche dei farmaci essenziali e per le malattie croniche, rimborsati dal SSN (art. 8).

Viene consentito alle regioni e alle province autonome di effettuare mediante accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, nell'ambito dei limiti della spesa farmaceutica programmata, la distribuzione dei medicinali ordinariamente distribuiti dalle strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, e viene prevista una determina dell'AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco) per l'individuazione dell'elenco dei medicinali classificati in fascia A erogati in regime ospedaliero, soggetti a prescrizione medica limitativa o non ripetibile, anche se sottoposti a Piano Terapeutico, per i quali può essere prorogata, ai sensi dell'articolo 8 in esame, la validità della ricetta, al fine di consentire l'applicazione per essi del nuovo regime di distribuzione dei farmaci erogati in regime di distribuzione diretta, previsto per il periodo della durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 (commi 5-bis e 5-ter art.8).

Vengono prorogati di ulteriori 90 giorni i piani terapeutici in scadenza durante il periodo dell'emergenza epidemiologica in corso, relativi a specifiche patologie che includono ausili, dispositivi monouso e protesici in considerazione della necessità di ridurre il rischio di infezione da SARS-CoV-2, limitando l'affluenza negli ambulatori specialistici al fine di ottenere il rinnovo dei già menzionati piani (art. 9).

Viene operata poi l'estensione ai familiari di tutti gli esercenti le professioni sanitarie e le professioni di assistente sociale deceduti durante lo stato di emergenza per concause legate al COVID-19 dei benefici già previsti per i familiari di medici, personale infermieristico e operatori sociosanitari, l'estensione ai Centri riabilitativi ambulatoriali del SSN del regime di sospensione già previsto per alcuni centri sociosanitari e socioassistenziali; l'aggiornamento del regime di agevolazione fiscale, in funzione anti spreco, della cessione di taluni beni non più commercializzati o non idonei alla commercializzazione (art. 10);

- Viene potenziata e rafforzata l'infrastruttura del Fascicolo sanitario elettronico (FSE), e stabilita l'estensione del Fascicolo alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale. Si prevede l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consensi e relative revoche e dell'Indice Nazionale dei documenti del FSE, entrambi associati all'Anagrafe degli assistiti (ANA). Sono novellate le disposizioni concernenti l'integrazione tra i sistemi del Fascicolo e della Tessera Sanitaria, al fine di ampliare il novero delle informazioni disponibili nel Fascicolo. Vengono poi dettate regole tecniche per rendere disponibili al FSE informazioni dal Sistema Informativo Trapianti, dalle Anagrafi vaccinali, dai Centri unici di prenotazioni delle regioni e delle province autonome (art. 11).

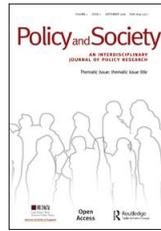
Viene modificata la disciplina relativa a eventuali conflitti di interessi nell'ambito della sperimentazione clinica di medicinali per uso umano. Modifica la disciplina relativa a eventuali conflitti di interessi nell'ambito della sperimentazione clinica di medicinali per uso umano (art.11- bis); viene modificata la disciplina transitoria sulla validazione di mascherine chirurgiche e di dispositivi di protezione individuale, con riferimento all'importazione - e alla conseguente immissione in commercio - di articoli con deroga rispetto alle norme tecniche vigenti.

Resta invece immutata la disciplina transitoria sulle procedure di validazione relative agli articoli in oggetto prodotti, sempre in deroga alle norme tecniche vigenti, in Italia (art. 66-bis); allo scopo di incrementare la liquidità disponibile presso gli enti del Servizio sanitario nazionale e, in tal modo, favorire una tempestiva gestione dei pagamenti durante il periodo di emergenza epidemiologica, vengono previste alcune deroghe rispetto alla normativa vigente in materia di erogazione del finanziamento del SSN a cui concorre ordinariamente lo Stato, a riparto già definito e in attesa dell'adozione delle delibere annuali del CIPE (art. 117); vengono modificate le norme e dettate disposizioni transitorie sull'ammissione ai concorsi per l'accesso alle scuole di specializzazione in medicina (art.237).

Tab. 1 - Le risorse straordinarie per il welfare territoriale

	DL "Cura Italia"	DL "Rilancio"
Fondi sanitari	1.410	3.248
Covid-Hospital, Terapie intensive e sub-intensive, Pronto soccorso e ambulanze		1.467
Nuove assunzioni, Incentivi al personale, Borse di specializz.)		526
USCA		61
Assistenti sociali		14
Strutture isolamento		32
Telemonitoraggio		72
Cure domiciliari ex art. 22 Lea		734
Infermiere di comunità/famiglia		332
Infermieri di supporto ai MMG		10
Fondi sociali	3	110
Finanziamento case rifugio	3	
Fondo non Autosufficienza		90
Fondo Dopo di Noi		20
Altri fondi	-	430
Fondo per gli oneri per l'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti dei centri diurni		40
Fondo locazioni		140
Fondo Terzo settore		100
Centri estivi diurni e altri servizi socioeducativi		150

 Altre misure e risorse: **capo III** del Decreto-legge 14 agosto 2020 n.104



Mobilizing Policy (In)Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses¹⁹

“In the area of public health and safety, the CoronaNet dataset (Cheng, Barceló, Hartnett, Kubinec, & Messerschmidt, 2020) records over 8,000 COVID-19 related policy announcements from 190 countries between 31 December 2019 and 23 April 2020 when it was examined for this study.

Using topic modelling, these records can be decomposed into thirteen-topics (Roberts et al., 2014) which outline the basic parameters of the ‘standard’ national-level COVID-19 public health response. The 13 health-related themes uncovered in the CoronaNet dataset, ranked in descending order of prevalence, are:

- (i) External travel restriction.
- (ii) Health facilities.
- (iii) Quarantine, tracking, and testing.
- (iv) Advisory systems.
- (v) Public awareness.
- (vi) Nonessential businesses.
- (vii) Government services.
- (viii) Mass gatherings.
- (ix) School and university closure.
- (x) Curfew;
- (xi) Health screening.
- (xii) State of emergency.
- and, (xiii) Internal travel restriction.

Not all governments adopted these instruments in the same order or at the same point in time, however. And they also did not apply them with the same level of stringency: some applications were ‘strong’ and mandated, while others were ‘weak’ or less directive.

The earliest health-related response in this dataset was recorded in the week of 29 December – when the China office of the World Health Organization (WHO, 2020b) noted the emergence of ‘a pneumonia of unknown cause’ in Wuhan, China. China and its neighbouring countries – Russia, Taiwan, Singapore, South Korea, and Thailand – responded soon after with external travel restrictions, public awareness campaigns, and health screening.

A first spurt in the number of policy announcements – largely relying on the same policy tools – occurred the week of 12 January when the first confirmed case of a ‘novel coronavirus’ was recorded outside of China.

The largest slew of policy announcements, signaling the deployment of a more diverse policy mix relying particularly on social distancing, occurred the week of 8 March, by which time COVID-19 had spread to several countries – including, most significantly, Iran and Italy – and the number of confirmed cases globally crossed 100,000. In the subsequent week, as the WHO (2020b) declared COVID-19 a pandemic, over 1,800 policy announcements were made around the world covering every type of response.

While the number of policy announcements reduced gradually thereafter, several of the policy tools adopted continued to remain active till the end of April.

This meta-visualisation shows a pattern of similar timing in the adoption of health interventions; however, it also hides significant national variations in the timing of specific responses.

¹⁹ Autori: Giliberto Capano, Michael Howlett, Darryl Jarvis, M. Ramesh & Nihit Goyal. Pubblicato il 3 luglio 2020. Testo completo disponibile in <https://www.tandfonline.com/>.

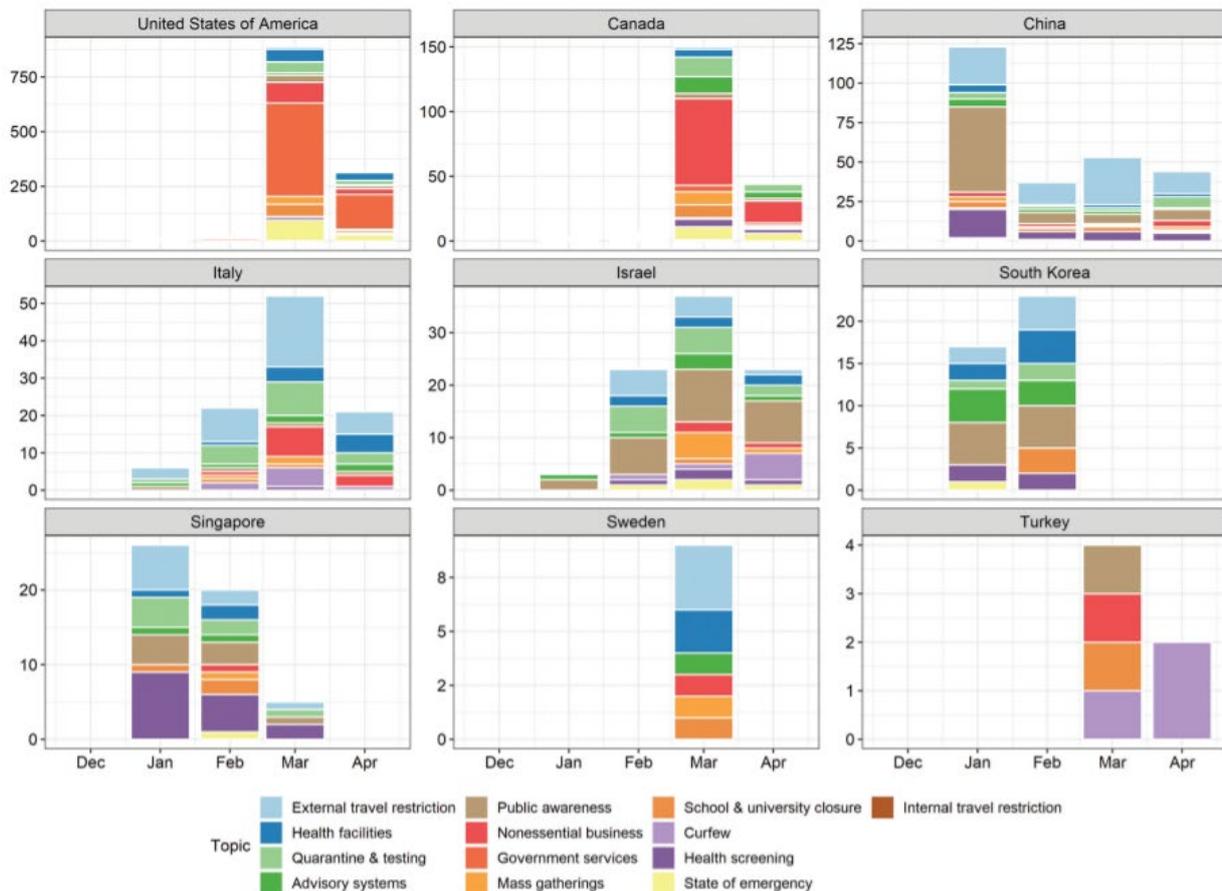


Figure 3. National variation in policy response. The y-axis represents the number of health policy announcements while the x-axis represents time with month as the unit. The colour of each band represents a public health and safety theme in the response.

As Figure 3 shows, for example, countries such as Singapore and South Korea acted earlier and more quickly than many countries in adopting tough measures such as travel restrictions, health screening, quarantine and testing, and public awareness. **In contrast, countries such as Italy and Israel had a more gradual response to the pandemic, with less emphasis on health screening and, to some extent, even on public awareness campaigns.** Meanwhile, countries such as the US and Canada responded later (though not necessarily slowly once they started) and initially focused more on select measures of social distancing rather than travel restrictions and public awareness. Finally, countries such as Sweden and Turkey in many of their responses reacted late, but deliberately.

As discussed above, however, public health interventions formed only one component of the portfolio of government responses to COVID-19, with many other interventions undertaken in other sectors to offset the economic and social damage caused by the disease and by some of the health-related measures – such as business closures and lockdowns which severely impacted industries from tourism and air travel to night clubs and symphonies – deployed in the effort to slow down the spread of the disease.

A dataset compiled by the OECD (2020) is more useful in understanding the full breadth of policy responses to the COVID-19 pandemic as it covers a wider-range of policy areas.

These include fiscal and monetary initiatives, employment and social initiatives, health policy, science and innovation policy, and tax policy, even though data on some of these is limited to OECD countries (OECD, 2020).

An analysis of the OECD database using similar techniques as with the CoronaNet data identified 18 topics which were found to be common in the text of the policy interventions listed in the dataset. The 18 themes resulting from the topic modeling are shown in Table 1.

Table 1. Ranked list of 18 policy tools commonly used in response to the COVID-19 crisis.

1. Tax payment deferral
2. Tax regulation relaxation
3. Leave & underemployment
4. Business loan
5. Social distancing
6. Travel advisory & restriction
7. Health facilities
8. Monetary policy
9. Social security
10. Medical supplies
11. Patient care
12. Immunization & treatment
13. Support for the vulnerable
14. Information & advice
15. School & university closure
16. Financing relief
17. Health-care spending
18. COVID-19 epidemiology

Source: Authors' analysis using OECD (2020).

(...)

As Figure 4 shows, several themes co-occur frequently within national responses, indicating that a standard, or typical, response was comprised not only of multiple policy tools within each theme but also across the mix of policy objectives and areas that were targeted.

And the public health and safety response to the pandemic – in the form of social distancing, travel advisories and restrictions, school and university closures, and healthcare spending – were highly correlated not only with one another but also with the economic response; specifically, loans to businesses and monetary policy.

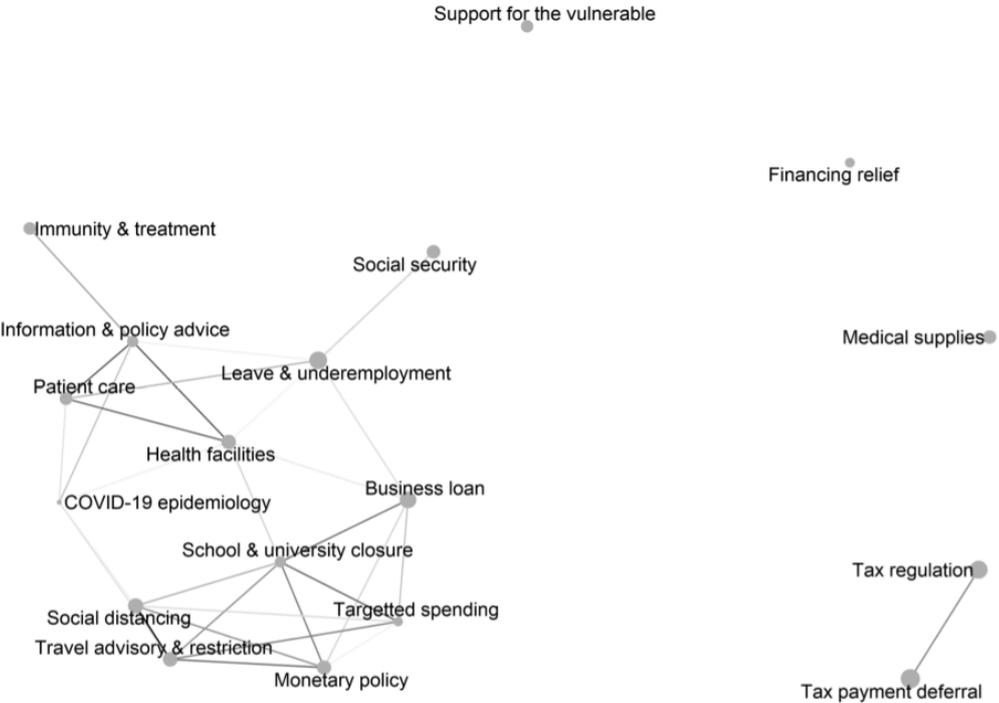


Figure 4. Structure of the standard COVID-19 policy response mix. Each node represents a major topic, or theme, in the response. The size of the node indicates its prevalence in the dataset. An edge connecting two nodes indicates a correlation coefficient of >0.20 . The colour intensity of the edge indicates the strength of the correlation.

(...)

The final type of response was from countries which were both unprepared and had no recent relevant past experience. Such countries were complacent initially and then shocked as the true nature of the pandemic and their lack of preparedness was revealed, as occurred in some European countries like Italy and in Latin America. They were late and slow in responding and then had a strong (panic) response.

These patterns may be diagrammatically illustrated as follows (Table 3):

Table 3. A capacity model explaining different country responses.

		Relevant past experience	
		High	Low
Pre-Existing Levels of Preparation	High	Prudent or realistic level of confidence in existing system capabilities to handle new disease. Well-Informed but wary of disease → intervened relatively early with a slow but steady and strong response. e.g. Many Asian Countries	Prepared but with no or outdated past experience. Somewhat justified (over) confidence in existing system capabilities to handle new disease. Well informed about resources but not epidemiology → late, slow, and weaker response. e.g. Some North American and European Countries
	Low	Realistic lack of confidence in existing system capabilities to handle new disease. Well-Informed about problems with system and disease and knowledgeable of weaknesses → early, fast and strong responses. e.g. Many African countries	Shocked. Not well informed or prepared and taken by surprise → late, slow but ultimately strong panic response. e.g. Some European, North American and Latin American countries

(...)

Table 4. Case findings: additional factors affecting state-level responses.

China	Social values, community resilience and past experience with SARS-CoV-1 led to an initial period of chaos until central control was reasserted in the COVID-19 case
Italy	Existing poor policy design and institutional arrangements favouring discord along with no recent relevant experience with similar diseases
Singapore	High Policy capacity but societal blind spots regarding foreign workers negatively affected the national-level COVID-19 response.
South Korea	Organizational learning from recent past experiences with similar events such as SARS-CoV-1, H1N1 and MERS led to effective anti-COVID-19 measures.
Canada	Well-functioning federalism and lesson-drawing from SARS-CoV-1 and H1N1 but with a serious blind spot towards vulnerable senior populations in long-term care facilities led to a less than satisfactory response.
Hong Kong	Social values, community resilience and experience with similar diseases and other crises led to an effective response.
Turkey	Authoritarian legacies and processes allowing rapid and strong responses to perceived threats also functioned in the COVID-19 case.
Israel	The COVID-19 response was coloured by local politics and a history of deliberate over-reactions to threats for electoral and other purposes.
USA	The vagaries of federalism led to disjointed responses across the nation and ineffective responses to the pandemic.
Sweden	Social values and governments favouring nudging combined with health decentralization undermined co-ordinated national action and led to a more 'laissez-faire' approach to pandemic management.

Another country which was also affected early and was similarly unprepared was Italy. **As Giliberto Capano argues, Italy was the first big epicentre of the COVID-19 pandemic in the Western world and had few precedents to draw from in fashioning its response.** Since it had not had any serious recent experience with this kind of disease, the Italian response showed how a lack of specific preparedness measures drove the country to deal with this kind of crisis through existing political means, with all of their attendant strengths and weaknesses. In the Italian case, this meant that the political games characteristic of existing institutional arrangements drove the process and the content of the national response and led to a partially chaotic and slow response”.

Il ruolo strategico dei consultori familiari²⁰

“Al fine di rilanciare il valore strategico dei Consultori Familiari (CF) per la salute pubblica, nel 2017 il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso e finanziato il progetto “Analisi delle attività della rete dei CF per una rivalutazione del loro ruolo con riferimento anche alle problematiche relative all’endometriosi”, affidandone il coordinamento all’Istituto Superiore di Sanità (ISS).¹ La raccolta di informazioni è avvenuta mediante una scheda di rilevazione online rivolta a tre livelli. Tutte le Regioni, e le due Province autonome, hanno aderito al progetto.

Un’organizzazione eterogenea

Il rapporto fotografa una eterogeneità di modelli organizzativi regionali: in otto regioni sono presenti servizi consultoriali organizzati in Unità Operative Complesse (UOC), dotate di autonome risorse umane, tecniche e finanziarie gestite da un direttore, mentre altrove il modello organizzativo è quello dell’Unità Operativa Semplice (UOS). Tutte le Regioni dispongono di un documento che stabilisce obiettivi e funzioni dei servizi consultoriali e/o di linee guida regionali per le attività dei CF. In particolare, sono 12 le Regioni che effettuano una programmazione periodica degli obiettivi e 11 quelle dotate di un flusso informativo completo o parziale. Peraltro, solo quattro Regioni – Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Sicilia – completano il ciclo di programmazione/valutazione, redigendo annualmente una relazione sulle attività svolte dai servizi consultoriali e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La quasi totalità delle Regioni ha istituito i Comitati Percorso Nascita, che rappresentano il luogo privilegiato nel quale costruire e strutturare percorsi di integrazione tra punto nascita e servizi consultoriali dedicati in particolare alla presa in carico di gravidanza, parto e puerperio fisiologici. Meno diffusa è la presenza di attività integrate formalizzate con gli altri servizi sociosanitari e con la comunità (terzo settore e scuola). Sono sei le Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Marche e Veneto) che non hanno riportato alcun atto di collaborazione tra servizi di livello regionale.

Le visite in gravidanza, l’assistenza in puerperio, la partecipazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN), il percorso per le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e l’accesso allo spazio giovani sono prestazioni gratuite garantite in tutte le regioni.

Ancora pochi consultori

I dati raccolti mediante il coinvolgimento di 1800 consultori italiani, mostrano che nel nostro Paese ci sono troppo pochi consultori familiari rispetto ai bisogni della popolazione: un consultorio ogni 35.000 abitanti, mentre le raccomandazioni ne prevedono uno ogni 20.000. Il numero di utenti e il numero di prestazioni offerte per 100 residenti tendono a essere più elevati dove il bacino di utenza per sede è più ridotto, e dove l’impegno medio del tempo dedicato dalle figure professionali principali è più alta. Il ginecologo, l’ostetrica, lo psicologo e l’assistente sociale sono le figure professionali più rappresentate nei consultori, ma

²⁰  Il testo completo di Ramona Cavalli – pubblicato il 7 luglio 2020 – si legge in <https://www.neodemos.info/>.

resta ancora insufficiente il servizio offerto in molte regioni. **Dall'indagine risulta che il valore medio delle ore di lavoro settimanali rilevato è inferiore al valore standard individuato per rispondere al mandato istituzionale. (...)**

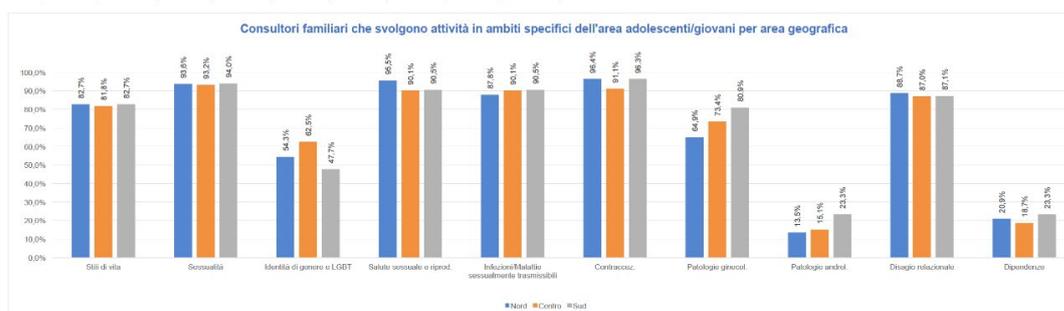
I servizi si rinnovano: dall'interruzione volontaria di gravidanza al cyberbullismo.

Sul piano dei servizi offerti, è emerso che 85 consultori inclusi nell'indagine, su 100 (1535 su 1800, di cui 622 al Nord, 382 al Centro e 531 al Sud) lavorano nell'ambito della salute della donna. Sessualità, contraccezione, percorso IVG, menopausa e post menopausa, preconcezionale, percorso nascita, infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e screening oncologici sono attività svolte da più del 75% dei consultori. L'offerta gratuita dei metodi contraccettivi viene garantita da poco più del 10%, mentre le attività consultoriali relative a patologia mammaria e depressione post partum, oltre ad essere meno frequenti, presentano una maggiore variabilità per area geografica. Infine, si rilevano importanti differenze per area geografica riguardo all'inserimento di IUD e all'applicazione di impianti sottocutanei, offerti molto di più al Nord che al Centro e al Sud.

Rilevanti differenze territoriali si rilevano anche per le adozioni, che rientrano nelle attività di circa la metà dei consultori del Nord a fronte di percentuali assai più elevate nel Centro e al Sud (84-87%).

L'81% dei consultori (1226, di cui 504 al Nord, 224 al Centro e 498 al Sud) offrono servizi nell'area coppia, famiglia e giovani e gli argomenti più trattati sono la contraccezione, la sessualità e la salute riproduttiva, le infezioni/malattie sessualmente trasmissibili e il disagio relazionale.

Tra i consultori che hanno svolto attività nelle scuole il tema più frequentemente trattato è l'educazione affettiva e sessuale (il 94%), seguito dagli stili di vita, dal bullismo e dal cyberbullismo.



In sintesi

L'indagine mette in luce che i consultori offrono servizi unici per la tutela della salute della donna, del bambino e degli adolescenti, mettendo a disposizione informazioni a sostegno della prevenzione e della promozione della salute della donna, accompagnando le donne nel percorso pre e post-parto e offrendo servizi screening. L'attività si estende però anche al supporto delle coppie e delle famiglie e in particolare dei giovani. Nel tempo i consultori, attraverso il coinvolgimento di diverse e numerose figure professionali, si sono adeguati a rispondere a nuovi bisogni sociali. **Si registrano però ancora differenze regionali notevoli e che possono essere superate”.**

Note

¹ Cfr. <https://www.epicentro.iss.it/consultori/indagine-2018-2019>.

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori RIZZOTTI, CALIENDO, MALLEGGNI, BARBONI,
FLORIS, PICHETTO FRATIN, PEROSINO, BERUTTI, MASINI e BERARDI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 MARZO 2018

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

Doc. XXII
n. 13

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori AUDDINO, PATUANELLI, CASTELLONE, SILERI,
NOCERINO, GUIDOLIN, BOGO DELEDDA, CAMPAGNA, DI MICCO,
ANGRISANI, CATALFO, GIANNUZZI, Giuseppe PISANI, ROMANO,
MARINELLO, ROMAGNOLI, MORRA, GIARRUSSO, FATTORI,
TRENTACOSTE, ABATE, CORRADO, COLTORTI, PIRRO, Marco
PELLEGRINI, VANIN, CRUCIOLI, LOMUTI, PERILLI, DESSÌ, MAIORINO,
PESCO, GARRUTI, MONTEVECCHI, GAUDIANO, RICCIARDI, PUGLIA,
VACCARO, VONO, CASTIELLO, MATRISCIANO, CASTALDI, ENDRIZZI,
SANTILLO, DI GIROLAMO, LEONE, GRANATO, LANZI, DELL'OLIO,
RICCARDI, PARAGONE, LANNUTTI, CORBETTA, GALLICCHIO, DONNO,
ACCOTO, DE BONIS, FENU, MOLLAME, DE FALCO, CROATTI,
ANASTASI e GRASSI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 LUGLIO 2018

Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'ef-
ficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle
cause dei disavanzi sanitari regionali

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori SILERI, CASTELLONE, MAUTONE, CASTIELLO, ANGRISANI, ENDRIZZI, GUIDOLIN, LANNUTTI, DESSI, ACCOTO, ROMAGNOLI, MORONESE, PERILLI, MARINELLO, DI MARZIO, TRENTACOSTE, PIARULLI, PIRRO, ORTIS, DONNO, FLORIDIA, PUGLIA, LUPO, FEDE, MORRA, LANZI, DI GIROLAMO e DI NICOLA

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 DICEMBRE 2018

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

Doc. XXII
n. 19

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d'iniziativa dei senatori ZAFFINI e CIRIANI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 GIUGNO 2019

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sull'inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)

In discussione alla XII Commissione

(O.d.g. 9 luglio 2020)



Risoluzione del Parlamento europeo del 10 luglio 2020 sulla strategia dell'UE in materia di sanità pubblica dopo la crisi della COVID-19.

(2020/2691(RSP))  <https://www.europarl.europa.eu/>

(...)

1. Chiede che le istituzioni europee e gli Stati membri traggano i giusti insegnamenti dalla crisi COVID-19 e si impegnino in una cooperazione molto più forte nel settore della salute; chiede pertanto una serie di misure volte a **creare un'unione sanitaria europea**;
2. sottolinea che il trattato consente di intraprendere un'azione molto più europea di quanto sia stato fatto finora; invita la Commissione a valutare tutte le possibilità e chiede agli Stati membri di esaminare le opzioni in modo più positivo rispetto al passato;
3. sostiene con forza l'approccio **"salute in tutte le politiche"** e ne chiede la piena attuazione, con l'integrazione degli aspetti sanitari in tutte le politiche pertinenti, come l'agricoltura, i trasporti, il commercio internazionale, la ricerca, l'ambiente e la protezione del clima, e una valutazione sistematica del loro impatto sulla salute;
4. (...)
5. invita la Commissione, gli Stati membri e i partner globali a garantire un **accesso rapido, equo ed economicamente accessibile per tutte le persone su scala globale ai vaccini e alle terapie** futuri contro la COVID-19, non appena saranno disponibili;
6. invita la Commissione e gli Stati membri a sostenere formalmente il **pool di accesso alle tecnologie relative alla COVID-19** (C-TAP), consentendo la massima condivisione possibile di conoscenze, proprietà intellettuale e dati relativi alle tecnologie sanitarie legate alla COVID-19, a beneficio di tutti i paesi e i cittadini;
7. invita la Commissione e gli Stati membri a introdurre in tutte le richieste di finanziamento e investimento attuali e future misure di salvaguardia collettive a favore del pubblico in materia di finanziamenti pubblici, come le clausole sulla trasparenza e l'accessibilità, anche dal punto di vista economico, e licenze non esclusive per l'utilizzo dei prodotti finali;
8. invita al **dialogo e alla cooperazione con i paesi terzi**; esorta gli Stati membri a rilasciare licenze obbligatorie, nel caso in cui i paesi terzi non condividano i vaccini e/o le terapie o le rispettive conoscenze;
9. invita gli Stati membri a effettuare con urgenza **prove di stress dei loro sistemi sanitari**, al fine di individuare carenze e di verificare se sono pronti per affrontare un'eventuale recrudescenza della COVID-19 e altre crisi sanitarie future; invita la Commissione a coordinare questi lavori e a stabilire parametri comuni;
10. invita la Commissione a presentare una **proposta di direttiva relativa a standard minimi per un'assistenza sanitaria di qualità**, sulla base dei risultati delle prove di stress, mantenendo la competenza degli Stati membri per la gestione, l'organizzazione e il finanziamento dei loro sistemi sanitari, ma garantendo la sicurezza dei pazienti, standard in materia di lavoro e di occupazione dignitosi per gli operatori sanitari e la resilienza dell'Europa di fronte alle pandemie e ad altre crisi sanitarie pubbliche;
11. invita la Commissione a integrare un adeguato finanziamento del sistema sanitario nonché indicatori e obiettivi in materia di benessere all'interno delle raccomandazioni specifiche per paese, nel quadro del semestre europeo;
12. chiede alla Commissione di adottare un insieme comune di **determinanti sanitari per monitorare le**

disuguaglianze sanitarie in base a età, sesso, situazione socioeconomica e ubicazione geografica e ad istituire una metodologia per verificare la situazione sanitaria negli Stati membri, al fine di individuare e dare priorità alle aree che necessitano di miglioramenti e di maggiori finanziamenti; ritiene che la Commissione dovrebbe valutare l'efficacia delle misure al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie derivanti dalle politiche riguardanti i fattori di rischio sociali, economici e ambientali;

13. invita la Commissione a proporre la creazione di un meccanismo europeo di risposta sanitaria (EHRM).
14. chiede la creazione di un'unità di gestione delle crisi sanitarie per gestire l'EHRM. (...)
15. chiede la creazione di una **piattaforma di scambio digitale**, come il portale dei dati sulla COVID-19.
16. ritiene che l'Unione dovrebbe poter contare sulla mobilitazione di operatori sanitari attraverso il corpo medico europeo;
17. chiede che la procedura di aggiudicazione congiunta dell'UE sia utilizzata per l'acquisto di vaccini e terapie contro la COVID-19 e che essa sia utilizzata con maggiore regolarità (...)
18. invita la Commissione a presentare una nuova proposta di regolamento sulle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero (...)
19. esorta il Consiglio ad adottare quanto prima il suo mandato sulla proposta di valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA) affinché i negoziati possano essere conclusi entro la fine dell'anno;
20. invita la Commissione e gli Stati membri a presentare una nuova proposta di revisione della direttiva 89/105/CEE sulla trasparenza dei prezzi (...)
21. insiste ai fini di una **rapida attuazione del regolamento sulla sperimentazione clinica**, che ha subito forti ritardi, al fine di garantire la trasparenza dei risultati delle sperimentazioni cliniche, indipendentemente dal loro esito, e di facilitare sperimentazioni cliniche su più vasta scala a livello transfrontaliero; sottolinea che risultati negativi o inconcludenti delle sperimentazioni cliniche costituiscono un'importante conoscenza che può contribuire a migliorare la ricerca futura;
22. chiede che la **strategia farmaceutica dell'UE** affronti i problemi delle catene di approvvigionamento farmaceutico nell'UE e a livello globale per mezzo di misure legislative, di politiche e di incentivi che aumentino la produzione di principi attivi e farmaci essenziali in Europa e diversifichino la catena di approvvigionamento onde garantire in qualsiasi momento la fornitura e un accesso a costi accettabili; ritiene che la strategia farmaceutica dell'UE non dovrebbe pregiudicare le azioni da intraprendere nel quadro dell'approccio strategico all'impatto ambientale dei farmaci;
23. incoraggia vivamente tutti i paesi a sottoscrivere l'accordo dell'OMC sull'eliminazione dei dazi sui medicinali e a estenderne il campo di applicazione a tutti i prodotti farmaceutici e medicinali e ritiene che l'UE debba mantenere un solido sistema europeo di proprietà intellettuale (PI) per incoraggiare la ricerca e lo sviluppo nonché la produzione in Europa e per garantire che l'Europa rimanga un innovatore e un leader mondiale;
24. chiede che la Commissione elabori **linee guida mirate sulla direttiva sugli appalti pubblici** per quanto concerne l'aggiudicazione di appalti **nel settore farmaceutico**;
25. invita gli Stati membri a promuovere e garantire l'accesso ai servizi in materia di diritti sessuali e riproduttivi, inclusi l'accesso alla contraccezione e il diritto all'aborto sicuro; invita gli Stati membri a considerare l'accesso alla contraccezione, inclusa la contraccezione d'emergenza, e a servizi di aborto sicuri ove legalmente possibili, come servizi sanitari essenziali che vanno mantenuti in tempi di crisi;
26. deplora il fatto che alcuni Stati membri non abbiano garantito in modo efficace l'accesso sicuro e tempestivo alla salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti durante la pandemia di COVID-19; ribadisce che negare i servizi concernenti la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti, ivi compreso l'aborto legale in condizioni di sicurezza, è una forma di violenza nei confronti delle donne e delle ragazze; ribadisce che i diritti delle persone LGBTI sono parte integrante del percorso verso il completo rispetto della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti; esorta tutti gli Stati membri ad analizzare il modo in cui i rispettivi servizi per la salute sessuale e riproduttiva e i relativi diritti hanno operato

durante la pandemia e a cooperare per trovare le migliori pratiche per il futuro, alla luce dell'esempio dato da diversi paesi nel trovare modi validi e innovativi per fornire servizi nel campo della salute sessuale e riproduttiva e dei relativi diritti, compresa la telemedicina, le consultazioni online e l'aborto farmacologico precoce da casa; invita tutti gli Stati membri a garantire un'educazione completa alla sessualità, un facile accesso delle donne alla pianificazione familiare e all'intera gamma di servizi per la salute sessuale e riproduttiva, compresi metodi contraccettivi moderni e l'aborto legale e in condizioni di sicurezza, anche in tempi di crisi;

27. invita la Commissione a proporre un mandato rivisto per l'ECDC. (...)
28. chiede che venga rafforzato il ruolo dell'EMA riguardo al monitoraggio e alla prevenzione delle carenze di farmaci, nonché al coordinamento della progettazione e dell'approvazione di sperimentazioni cliniche nell'UE in tempi di crisi;
29. ritiene che occorra valutare la creazione di un **organismo europeo** equivalente all'Autorità statunitense per la ricerca e lo sviluppo avanzati **in campo biomedico** (BARDA).
30. chiede che il ruolo dell'Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro sia rafforzato al fine di garantire che gli operatori sanitari non siano esposti a rischi;
31. ricorda l'impatto particolarmente tragico che la COVID-19 ha esercitato sulle **strutture residenziali a lungo termine in Europa**, in cui sono stati colpiti i più vulnerabili della società, mentre le case di cura hanno registrato oltre il 50 % dei decessi connessi alla COVID in alcuni Stati membri; invita la Commissione e gli Stati membri a indagare sulle cause di questo tragico sviluppo degli eventi e a trovare soluzioni legislative adeguate;
32. invita la Commissione a presentare con urgenza un nuovo piano d'azione per il personale sanitario dell'UE.
33. chiede che i piani d'azione dell'UE sulla resistenza antimicrobica vengano rafforzati con misure giuridicamente vincolanti in modo da limitare l'uso di antimicrobici allo stretto necessario e da incoraggiare l'innovazione nella ricerca di nuovi antibiotici;
34. chiede l'adozione di un **libretto di vaccinazione a livello UE**;
35. chiede l'istituzione di un portale di comunicazione per il pubblico per consentire all'Unione di condividere informazioni convalidate, inviare segnalazioni ai cittadini e lottare contro la disinformazione;
36. invita la Commissione a proporre, in consultazione con la società civile, la creazione di uno **spazio europeo dei dati sanitari**;
37. chiede l'adozione di un piano d'azione dell'UE sulla trasparenza delle informazioni sanitarie e sulla lotta alla disinformazione;
38. crede fermamente nel principio **"One Health"**, che collega tra loro la salute umana, la salute animale e la protezione dell'ambiente; ritiene che l'azione contro i cambiamenti climatici, il degrado ambientale, la perdita di biodiversità e i metodi di produzione alimentare non sostenibili sia fondamentale al fine di proteggere gli esseri umani dagli agenti patogeni emergenti; invita la Commissione e gli Stati membri a rafforzare l'applicazione dell'approccio "One Health" nell'UE;
39. sottolinea la necessità di dare priorità alla prevenzione, che apporta benefici sia alla salute dei cittadini che ai bilanci sanitari nazionali; invita la Commissione ad adottare tutte le misure necessarie ad affrontare i determinanti della salute;
40. chiede che le reti di riferimento europee (ERN) siano ampliate al fine di includere le malattie trasmissibili (ad esempio attraverso la creazione di una ERN nel settore della gestione delle crisi sanitarie) e le malattie non trasmissibili;
41. invita la Commissione a incoraggiare aliquote IVA più basse per i prodotti sani, come la frutta e la verdura di stagione, e chiede agli Stati membri di fare un uso più mirato di tali misure;

42. invita la Commissione a elaborare una **strategia per una "Europa resiliente"**, che consista in una mappa della valutazione dei rischi e in opzioni per una gestione sana dei sistemi sanitari e investimenti efficaci negli stessi nonché per una risposta alla pandemia a livello europeo, incluse catene di approvvigionamento resilienti nell'UE; insiste, nel contesto di una "Europa resiliente", sulla necessità di rafforzare la produzione europea, al fine di rilocalizzare e costruire un'industria sanitaria forte;
43. chiede un approccio coordinato, collaborativo e aperto nel settore della ricerca e dell'innovazione, con un ruolo più incisivo per la Commissione e gli Stati membri nel coordinamento della ricerca sanitaria ed epidemiologica, al fine di evitare duplicazioni e di far avanzare la ricerca verso il conseguimento di risultati che includano i medicinali, i vaccini, i dispositivi e le attrezzature mediche necessari;
44. invita la Commissione a valutare l'impatto degli incentivi relativi alla proprietà intellettuale sull'innovazione biomedica in generale e a esaminare alternative efficaci e credibili alle tutele esclusive per finanziare la ricerca e lo sviluppo in campo medico, come i numerosi strumenti basati sui meccanismi di scorporo;
45. accoglie con grande favore il considerevole aumento del bilancio proposto per il nuovo programma **EU4Health**; sottolinea, tuttavia, che gli aumenti nel bilancio sanitario dell'UE non dovrebbero essere limitati al prossimo QFP, in quanto sono necessari investimenti e impegni a lungo termine; chiede l'istituzione di un apposito fondo UE per rafforzare le infrastrutture ospedaliere e i servizi sanitari, in base a criteri chiaramente definiti;
46. sottolinea il ruolo fondamentale della **ricerca sanitaria** e chiede maggiori sinergie con le ricerche condotte negli Stati membri, nonché l'istituzione di una rete di accademie sanitarie dell'UE nell'ambito di un piano sanitario globale;
47. sottolinea l'importante ruolo dell'industria europea nel settore farmaceutico e in altri settori legati alla salute; chiede un chiaro quadro normativo per le imprese europee, nonché risorse dedicate alla scienza e alla ricerca sanitaria, in quanto è di importanza cruciale per l'Unione disporre di un'industria sanitaria fiorente e tecnicamente avanzata e di una comunità di ricerca competitiva;
48. accoglie con favore l'impegno della Commissione a presentare un piano d'azione dell'UE contro il cancro;
49. chiede un piano d'azione UE 2021-2027 sulla salute mentale, che accordi pari attenzione ai fattori biomedici e psicosociali della cattiva salute mentale;
50. chiede un piano d'azione UE per l'invecchiamento in buona salute e per una migliore qualità di vita degli anziani;
51. chiede un piano d'azione UE sulle malattie rare e trascurate;
52. invita la Commissione a presentare una proposta per migliorare il finanziamento indipendente dei gruppi di pazienti europei;
53. invita la Commissione a proporre senza ulteriori indugi un **nuovo quadro strategico in materia di salute e sicurezza**;
54. ritiene che gli insegnamenti tratti dalla crisi COVID-19 dovrebbero essere affrontati nel quadro della conferenza sul futuro dell'Europa, che potrebbe presentare proposte chiare su come rafforzare la politica sanitaria dell'UE;
55. sottolinea la dimensione internazionale della salute; ritiene che occorra rafforzare la cooperazione con i paesi terzi per lo scambio di conoscenze e di migliori pratiche in materia di preparazione e di risposta dei sistemi sanitari; invita l'Unione a cooperare pienamente con l'OMS e gli altri organismi internazionali al fine di contrastare le malattie infettive, conseguire una copertura sanitaria universale e rafforzare i sistemi sanitari a livello globale;
56. incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione al Consiglio e alla Commissione.

Rapporto annuale 2020
Tavola 2.7 Posti letto per funzione di protezione sociale delle unità di servizio dei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari e Regione presenti il 31 dicembre 2018* (valori percentuali)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Funzione di protezione sociale					Totale
	Prevalente accoglienza abitativa	Prevalente funzione tutelare	Socio-educativa	Socio-sanitaria	Altra funzione	
Piemonte	9,0	6,3	4,8	79,2	0,6	100,0
Valle d'Aosta/ <i>Vallée d'Aoste</i>	2,0	7,7	2,0	85,8	2,4	100,0
Liguria	6,5	1,9	8,2	82,1	1,2	100,0
Lombardia	4,5	0,7	5,5	88,8	0,5	100,0
Trentino-Alto Adige/ <i>Südtirol</i>	15,0	2,3	9,3	68,8	4,5	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	14,0	0,1	6,7	73,2	6,0	100,0
<i>Trento</i>	15,7	4,0	11,3	65,6	3,4	100,0
Veneto	6,0	1,0	4,8	88,0	0,3	100,0
Friuli-Venezia Giulia	11,1	4,2	6,4	77,7	0,6	100,0
Emilia-Romagna (b)	4,9	7,4	3,9	82,4	1,3	100,0
Toscana	9,1	2,4	10,9	76,5	1,1	100,0
Umbria	14,6	8,4	8,0	68,0	1,1	100,0
Marche (b)	4,1	20,6	7,5	66,6	1,3	100,0
Lazio	24,2	4,0	14,4	52,9	4,5	100,0
Abruzzo	21,4	2,8	5,3	70,5	0,0	100,0
Molise	11,3	6,1	9,1	73,6	0,0	100,0
Campania	21,4	6,4	10,2	58,3	3,7	100,0
Puglia	15,6	2,2	10,9	70,7	0,6	100,0
Basilicata	17,0	5,3	9,7	66,0	2,1	100,0
Calabria	14,8	6,0	20,3	57,1	1,8	100,0
Sicilia	54,8	3,9	11,9	27,9	1,4	100,0
Sardegna	20,0	5,8	14,8	56,9	2,6	100,0
Nord-ovest	6,2	2,7	5,5	84,9	0,7	100,0
Nord-est	7,3	3,8	5,2	82,4	1,2	100,0
Centro	14,4	6,7	11,3	65,1	2,4	100,0
Sud	17,5	4,4	11,5	65,2	1,5	100,0
Isole	49,2	4,2	12,4	32,6	1,6	100,0
Italia	13,9	3,9	7,7	73,2	1,3	100,0

Fonte: Istat, Indagine sui presidi socio-sanitari e soci-assistenziali

(a) Dati provvisori.

(b) Dati 2017.

“Una parte dell’assistenza socioassistenziale e sociosanitaria è fornita dai Presidi residenziali, strutture pubbliche o private che erogano ospitalità assistita con pernottamento e servizi di tipo socioassistenziale e/o sociosanitario a persone in stato di bisogno. **In Italia, nel 2018, sono poco più di 12.200 le strutture residenziali socioassistenziali e sociosanitarie attive, per un totale di circa 425 mila posti letto. L’offerta di residenzialità è maggiore al Nord dove si trova il 56% delle strutture ed il 64% dei posti letto complessivi. Il Mezzogiorno si distingue invece per la minore dotazione di servizi residenziali (24% delle strutture e 22% dei posti letto). Le differenze territoriali di offerta sono significative, con il numero più elevato di posti letto nella Provincia autonoma di Trento (15 posti letto ogni 1.000 abitanti) e quello più basso in Campania (1,6 posti).** L’offerta residenziale è costituita da strutture di varia natura, che seguono modelli organizzativi eterogenei e che svolgono diverse funzioni in base alle esigenze degli ospiti” (📖 pagina 112).

La vulnerabilità²¹ delle RSA e delle case di cura secondo l'OECD

“Il Covid-19 ha colpito in modo particolarmente violento la popolazione anziana in tutti i Paesi coinvolti dall'epidemia. Nei mesi passati molto si è discusso della diffusione del virus all'interno di strutture dedicate all'assistenza agli anziani, in primis nelle residenze sanitarie assistenziali (Rsa). Come rilevato in un interessante articolo pubblicato su lavoce.info nel mese di giugno, [l'International Long Term Care Policy Network \(ILPN\)](#) ha provato a raccogliere le prime evidenze disponibili sulla mortalità nelle Rsa in ventuno Paesi distribuiti su quattro continenti, sottolineando tuttavia la necessità di essere cauti nei confronti internazionali, a causa delle differenze tra i metodi di rilevazione dei dati e il funzionamento dei sistemi sanitari e di welfare. Con le dovute precauzioni, quindi, lo studio riporta come la quota di decessi da Covid-19 tra i residenti in Rsa sul totale registrato nella popolazione vari dallo zero di Hong Kong all'82% del Canada. Tra i Paesi che considerano unicamente i morti accertati nelle statistiche, la quota di decessi di ospiti Rsa è di circa il 30-40% del totale.

Nei dati esposti dal report non rientra l'Italia, da un lato perché non esiste un registro ufficiale nazionale sui decessi in Rsa legati al Covid-19 e dall'altro perché le regioni si sono mosse in maniera diversa per quanto riguarda la realizzazione di attività di screening a tappeto nelle strutture. Una circostanza, quest'ultima, che ha ulteriormente limitato le possibilità di analisi dei fatti. Tuttavia, l'impatto di Covid-19 sui residenti e sul personale operante nelle strutture è diventato evidente in due modi: le notizie di focolai in diverse regioni nelle strutture stesse, colpite da un grande numero di casi e di decessi in un lasso di tempo molto breve, e il numero di membri del personale colpiti dal virus e/o posti in isolamento.

Ad oggi l'unica fonte disponibile a livello nazionale è [una survey avviata tra le Rsa dall'Istituto superiore di sanità](#) (a partire dal 24 marzo) con l'obiettivo di tracciare i decessi da Covid-19 sospetti e accertati nelle strutture. L'ultimo aggiornamento della survey (5 maggio 2020) rileva come la percentuale dei residenti deceduti risultati positivi al virus vari tra un minimo di 0 in Sardegna, Sicilia, Calabria e Puglia ad un massimo del 33% nella provincia autonoma di Trento. Tuttavia, questi numeri risentono delle politiche adottate da ciascuna regione, Asl o distretto sanitario relativamente alle indicazioni di eseguire test e tamponi all'interno delle strutture. In tutte le regioni italiane vi sono Rsa con residenti positivi al Covid-19, con maggiore frequenza in Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna e Piemonte. La survey riporta inoltre, sulla base dell'analisi delle risposte al questionario fornite dalle Rsa coinvolte, come le principali difficoltà affrontate nel corso dell'epidemia da Covid-19 siano state:

²¹  Testo di Eleonora Mazzoni, pubblicato il 9 luglio 2020. Si legge in <https://www.i-com.it/>.

1. Scarse informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione.
2. Mancanza di farmaci.
3. Mancanza di dispositivi di protezione individuale.
4. Assenze del personale sanitario.
5. Difficoltà nel trasferire i residenti affetti da Covid-19 in strutture ospedaliere.
6. Difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19.
7. Impossibilità nel far eseguire i tamponi.

Delle 1.259 strutture che hanno risposto a questa domanda il 77,2% ha sottolineato la mancanza di dispositivi di protezione individuale, mentre il 52,1% l'impossibilità nel far eseguire i tamponi. Il 33,8% ha riportato l'assenza di personale sanitario, e il 20,9% la scarsità delle informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione. Il 26,2% delle strutture ha dichiarato di aver avuto difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19 e il 12,5% difficoltà nel trasferire i residenti positivi in strutture ospedaliere. Inoltre, il 9,8% delle strutture ha segnalato una mancanza di farmaci. Il 21,1% delle strutture che hanno fornito una risposta ha inoltre dichiarato di aver rilevato almeno una positività per SARS-CoV-2 tra il personale della struttura.

A fare miglior luce e fornire maggiori indicazioni sul tema è intervenuto il rapporto dell'Ocse "[Workforce and safety in long-term care during the COVID-19 pandemic](#)", aggiornato al 22 giugno 2020. L'organizzazione internazionale evidenzia come la maggior parte dei morti per Covid-19 sia avvenuta tra gli anziani, in particolare quelli di età superiore a 80 anni che rappresentano il 50% di quelli che ricevono LTC (Long term care). Alcuni dei Paesi più colpiti dall'epidemia (ad esempio Francia, Italia, Spagna e Stati Uniti) hanno registrato un elevato numero di decessi tra i residenti nelle case di cura. Solo in Francia, si stima che circa il 50% dei decessi totali legati al virus risiedano in strutture di questo tipo. Non solo le persone anziane ma anche gli operatori sanitari sono stati colpiti in modo sproporzionato dalla pandemia e molti Paesi dell'Ocse hanno adottato misure per contenere la diffusione dell'infezione e mitigarne l'impatto sui gruppi di popolazione più fragili.

Gli operatori sanitari hanno sperimentato e sperimentano condizioni di lavoro spesso critiche, vi sono disallineamenti di competenze rispetto alla domanda di cure di una popolazione anziana crescente e largamente affetta da multi-cronicità, scarsa integrazione con la restante parte dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria e standard di sicurezza inadeguati o non applicati. Per il futuro, si legge nel testo, sono necessari maggiori investimenti nella forza lavoro e nelle infrastrutture LTC per garantire livelli adeguati di personale qualificato, dando priorità alla qualità delle cure e alla sicurezza. Come dimostra la crisi da Covid-19, gli importanti legami tra i servizi di assistenza a lungo termine, le cure primarie e le cure per condizioni acute non possono essere ignorati: un miglior coordinamento con l'assistenza sanitaria di base è la chiave per

migliorare l'esito dell'assistenza agli anziani con patologie croniche multiple e ridurre il numero di ricoveri ospedalieri non necessari".



Workforce and Safety in Long-Term Care during the COVID-19 pandemic

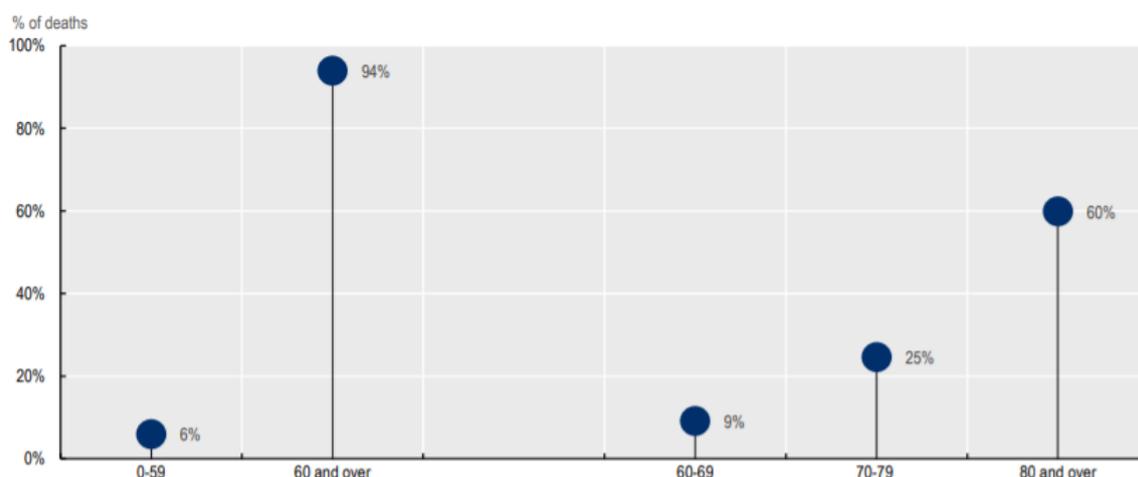
Updated 22 June 2020

"The long-term care sector is particularly vulnerable in case of epidemics Long-term care (LTC) services help people live as independently and safely as possible as they age. The COVID-19 crisis is hitting the LTC sector very hard, given the large numbers of people dependent on care falling ill as well as the added exposure of LTC workers to infections.

The bulk of COVID-19 deaths is among the elderly, especially those aged 80+ who represent 50% of those receiving LTC (Figure 1).

Figure 1. Percentage of total accumulated COVID-19 deaths by age, latest month available

Share of deaths caused by COVID-19 by age group, in selected OECD countries



Note: Countries included are Australia, Canada (Québec), Germany, Italy, Japan, Netherlands, Spain and Sweden as well as France, UK (England and Wales) and USA for the age groups 0-59, 60 and over and 80 and over. For the UK, data cover those aged over 65 and 85. For the US, data cover those aged over 65 and 75. Data available as of 14 June 2020. Deaths registration differs by country.

Source: OECD calculation based on national daily update briefs and other national sources (data refer to deaths caused by COVID-19 from January to 14 June 2020).



Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie

REPORT FINALE

Aggiornamento 05 maggio ore 20.00

Tabella 1. Descrizione del numero di strutture pubbliche e convenzionate presenti, strutture contattate, risposte ottenute, per regione. Dato aggiornato al 5/05/2020.

	Numero di RSA pubbliche/convenzionate	% sul totale	contattate al 27aprile	Risposte al 5 maggio	% sul totale dei contatti
PIEMONTE	608	17,8	608	249	41,0
VALLE D'AOSTA	2	0,1	2	0	0,0
LOMBARDIA	678	19,8	677	292	43,1
BOLZANO	37	1,1	37	4	10,8
TRENTO	54	1,6	51	15	29,4
VENETO	520	15,2	520	148	28,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	70	2,0	70	39	55,7
LIGURIA	120	3,5	116	20	17,2
EMILIA ROMAGNA	348	10,2	278	128	46,0
TOSCANA	319	9,3	319	200	62,7
UMBRIA	50	1,5	42	16	38,1
MARCHE	51	1,5	40	36	90,8
LAZIO	207	6,1	192	79	41,1
ABRUZZO	16	0,5	16	8	49,0
MOLISE	6	0,2	6	4	66,7
CAMPANIA	121	3,5	121	16	13,2
PUGLIA	61	1,8	61	35	57,4
BASILICATA	1	0,0	1	0	0,0
CALABRIA	80	2,3	80	36	45,0
SICILIA	52	1,5	39	24	61,5
SARDEGNA	16	0,5	16	7	43,8
TOTALE	3417	100,0	3292	1356	41,2

 Il documento è disponibile in <https://www.epicentro.iss.it/>

I nervi scoperti delle politiche di long-term care: evidenze e ipotesi di riforma del modello italiano²²

“La pandemia che ha colpito drammaticamente il nostro Paese ha lasciato segni profondi sul tessuto sociale.

L’impatto più forte si è registrato fra i gruppi più deboli e fragili, fra i quali vanno in prima istanza incluse le persone anziane. In questo quadro le **politiche di long-term care** (LTC) volte alla copertura dei bisogni di cura delle persone non autosufficienti, **hanno mostrato tutti i loro limiti** a fronte anche di un lungo e notevole ritardo che nel nostro Paese sconta tradizionalmente nell’attuare processi di riforma e di investimento in questo campo di policy.

I servizi risultano, infatti, del tutto residuali, mentre la **cura** delle persone anziane viene **preminentemente svolta dalle reti famigliari**.

L’unica misura nazionale degna di nota è costituita dall’Indennità di Accompagnamento (IdA), un trasferimento monetario di importo simile per tutti i livelli di gravità (circa 520 euro), che non presenta tuttavia alcuna forma di supporto e controllo sull’impiego delle risorse e che peraltro ha favorito nel corso degli anni un notevole ricorso (spesso irregolare) delle famiglie ad assistenti familiari privati.

L’obiettivo di questa nota è quello di **indagare le implicazioni derivanti da un siffatto assetto sul terreno della cura dal punto di vista delle disuguaglianze sociali**. Un elemento che può avere, peraltro, giocato di recente un ruolo cruciale sul versante delle strategie volte a fronteggiare la pandemia messe in atto dagli anziani, tuttavia afferenti a diversi gruppi sociali.

L’analisi del sistema LTC considera congiuntamente i trasferimenti monetari (IdA), i servizi pubblici di assistenza, le reti di cura familiare, il ricorso ad assistenti privati (le cosiddette badanti). Le domande che ci poniamo sono le seguenti: presso quali strati sociali si concentra principalmente la rete familiare di cura? A chi vanno i benefici dei trasferimenti monetari pubblici e quelli relativi alla modesta offerta di servizi? Chi beneficia del mercato delle assistenti familiari (le cosiddette “badanti”)? Si tratta di una soluzione per tutti, oppure è fortemente selettiva? E, infine, quali le linee di fondo per una riforma del sistema LTC volto a contrastare le principali disuguaglianze esistenti?

Disuguaglianze nei bisogni di cura

Una prima chiave di analisi riguarda le **iniquità relative al bisogno di cura**. Se consideriamo, infatti, l’IdA, emerge come l’impostazione *flat* della misura produca una forte iniquità facendo, in estrema sintesi **«parti uguali fra disuguali»**.

Lo stesso importo (ricordiamo poco più di 520 euro) finisce per coprire situazioni estremamente differenti: da una limitazione ridotta dell’autonomia, a totale allettamento e necessità di cura ed assistenza h24. Non a caso, analizzando il numero di limitazioni funzionali dei beneficiari IdA, si nota come il 30% soffra di meno di 5 limitazioni (in gran parte relative alla mobilità extra-domestica), il 38% si collochi tra le 5 e le 8 limitazioni, mentre infine il 31% non sia in grado di svolgere autonomamente almeno 8 degli item considerati (il che equivale, di fatto, ad una mancanza pressoché totale di autonomia).

Disuguaglianze territoriali

I benefici monetari (IdA) sono maggiormente diffusi nelle regioni meridionali (ma anche in alcune regioni centrali). Questo può essere, solo parzialmente, spiegato da una maggiore pressione funzionale (struttura demografica e pressione epidemiologica) mentre sembra giocare un ruolo rilevante una certa disomogeneità

²²  L’articolo, pubblicato il 17 luglio 2020, sintetizza alcuni degli esiti principali di un lavoro pubblicato sul [numero 1/2020 di “Politiche Sociali/Social policies”](#), rivista edita dal Mulino e promossa dalla rete ESPAnet-Italia che è recentemente diventata parte del *Network di Percorsi di secondo welfare*. Per maggiori dettagli: **Arlotti, M., Parma, A. e C. Ranci (2020), Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma, “Politiche sociali/Social policies”, n. 1/2020, pp. 125-148.**

nell'applicazione delle procedure di accertamento sanitario, attualmente ripartite tra diverse amministrazioni (INPS e Regioni/ASL).

Nel Sud, a questa maggiore diffusione dell'IdA corrisponde **una minore diffusione dei servizi assistenziali di cura**, che restano tuttavia di portata limitata anche nelle regioni settentrionali. Anche l'uso dell'assistente familiare risulta notevolmente più diffuso nel Nord. È facile pensare che la maggiore distribuzione di benefici monetari nel Mezzogiorno supplisca in buona parte alla mancanza di servizi di cura, sia pubblici che privati, favorendo così una diffusa internalizzazione della cura all'interno delle famiglie e, conseguentemente, una limitata partecipazione femminile al mercato del lavoro.

Diseguaglianze socioeconomiche

Le diseguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai servizi LTC (sia pubblici, sia privati) fanno emergere una certa **polarizzazione nell'organizzazione della cura tra soggetti in condizioni socioeconomiche favorevoli oppure svantaggiate**. I primi, cioè i ceti alti e anche quelli medi, ricorrono soprattutto agli assistenti familiari a fronte di uno scarso accesso ai servizi pubblici di assistenza domiciliare e un impiego più modesto (anche se ancora consistente) delle reti familiari: un chiaro spostamento verso una soluzione di mercato. Nel caso dei soggetti più svantaggiati sul piano socioeconomico, la rete di cura risulta fortemente imperniata sul ricorso ai familiari, con tempi medi settimanali di assistenza molto elevati. Nonostante il ricorso ai servizi pubblici risulti comparativamente più elevato in questa fascia, la copertura di tali servizi è particolarmente ridotta. In questa condizione, risalta anche il **limitato ricorso degli anziani di ceti sociali più modesti al mercato privato delle badanti**.

Indicazioni per un programma di riforma

Da questo quadro emerge un sistema composto da due componenti principali.

Da un lato una quota di popolazione anziana, dotata di **scarsi mezzi economici**, prevalentemente collocata nel Mezzogiorno, la cui **assistenza è affidata alla solidarietà familiare**, coadiuvata raramente da scarsi e deboli servizi pubblici, sostenuta redditualmente da un sistema universale (l'IdA) di sostegno monetario; dall'altro lato una classe di **anziani più benestanti**, che accede agevolmente al **mercato privato** disponendo delle risorse finanziarie necessarie. A questi ultimi si aggiunge una quota di **anziani di ceto medio**, esclusi dai servizi pubblici e con reti familiari relativamente più «contratte» dal punto di vista del sostegno alla cura, ma che accedono al **mercato delle "badanti"** grazie al supporto complementare, ma decisivo, offerto dall'IdA.

L'IdA gioca, pertanto, un ruolo importante nello strutturare le diseguaglianze negli assetti di cura. **Un qualsiasi tentativo volto ad aggredire la questione delle diseguaglianze nella cura nel nostro Paese non può dunque prescindere da un intervento su questo schema.**

In particolare, tre linee di intervento emergono chiaramente.

Una prima linea consiste nell'individuazione di **strumenti oggettivi e standardizzati di valutazione del bisogno**, in grado di cogliere la multidimensionalità del bisogno stesso, e limitare i fenomeni di discrezionalità nelle valutazioni a livello territoriale.

Una seconda linea consiste nell'introduzione di **elementi di graduazione dell'IdA in relazione ai livelli di non autosufficienza**, in grado di superare l'attuale impostazione *flat*, che penalizza fortemente i cittadini in condizioni di maggiore gravità e bisogno.

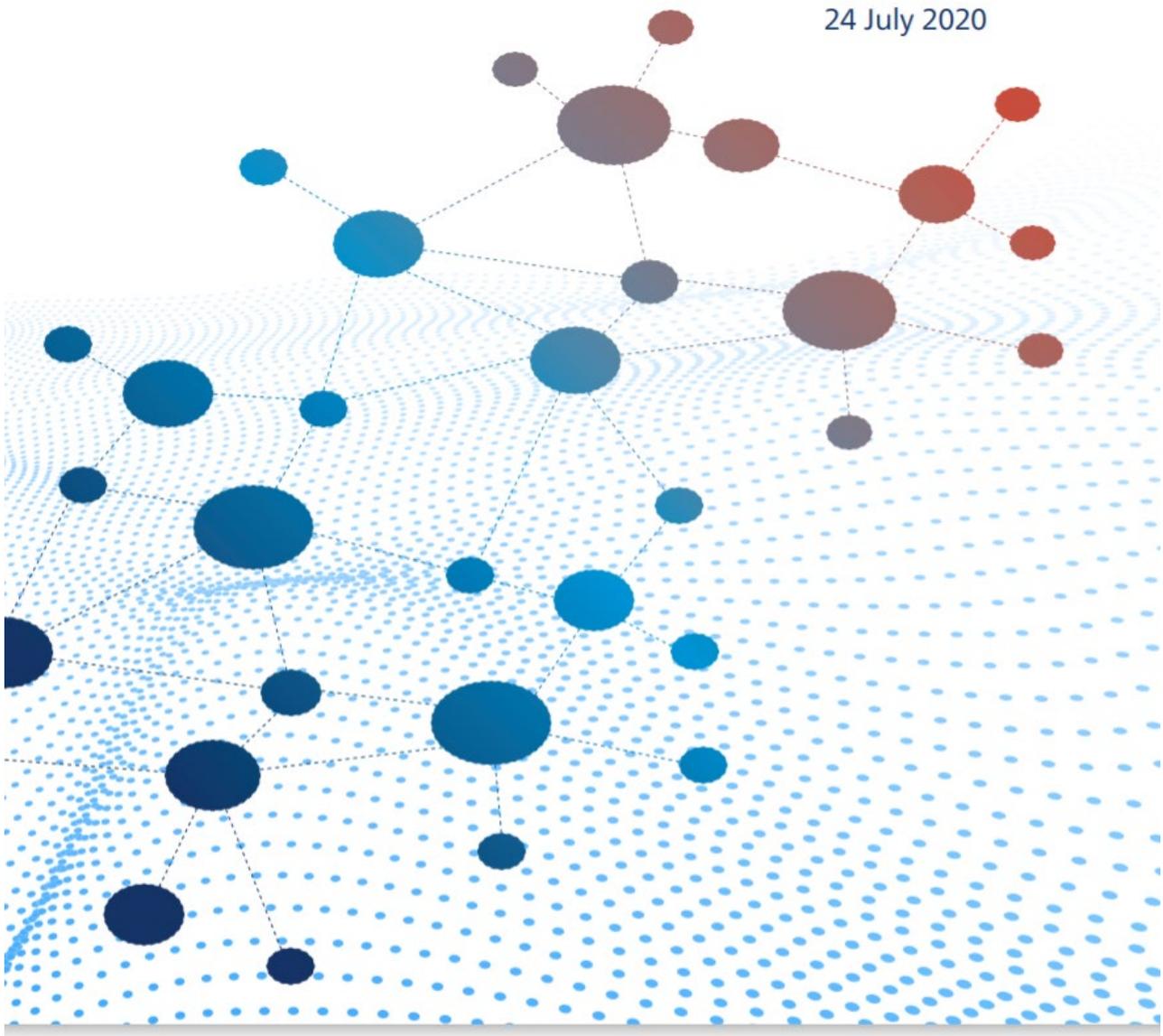
Infine, una terza linea rimanda al superamento delle **modalità di utilizzo della misura**, strettamente basate su un trasferimento monetario di carattere indistinto che ha favorito, con forti differenziazioni a livello socioeconomico la riproduzione nel tempo sia di assetti di cura fortemente familizzati (con conseguente aggravio delle diseguaglianze di genere), sia l'espansione di un mercato privato della cura fortemente sommerso e dequalificato.

L'introduzione di un sistema complementare finalizzato all'acquisto di servizi professionali mediante contratti di lavoro regolari, includendo fra questi il sostegno fornito da assistenti familiari, potrebbe rappresentare la premessa per lo sviluppo di un sistema pubblico in grado di attenuare, e non rafforzare, il forte dualismo tra assetti di cura "ricchi" e assetti di cura "poveri" che abbiamo delineato in precedenza. La riforma aumenterebbe, infatti, l'offerta di servizi reali di cura attenuando l'uso dell'IdA come mera risorsa reddituale, consentendo così una parziale e progressiva defamilizzazione della cura anche in contesti caratterizzati da povertà reddituale o povertà di servizi".

Preventing and managing COVID-19 across long-term care services

Policy brief

24 July 2020



Eleven policy objectives to mitigate the impact of COVID-19 across long-term care

-  1. Include long-term care in all phases of the national response to the COVID-19 pandemic.
-  2. Mobilize adequate funding for long-term care to respond to and recover from the COVID-19 pandemic.
-  3. Ensure effective monitoring and evaluation of the impact of COVID-19 on long-term care and ensure efficient information channelling between health and long-term care systems to optimize responses.
-  4. Secure staff and resources, including adequate health workforce and health products, to respond to the COVID-19 pandemic and deliver quality long-term care services.
-  5. Ensure the continuum and continuity of essential services for people receiving long-term care, including promotion, prevention, treatment, rehabilitation and palliation.
-  6. Ensure that infection prevention and control standards are implemented and adhered to in all long-term care settings to prevent and safely manage COVID-19 cases.
-  7. Prioritize testing, contact tracing and monitoring of the spread of COVID-19 among people receiving and providing long-term care services.
-  8. Provide support for family and voluntary caregivers.
-  9. Prioritize the psychosocial well-being of people receiving and providing long-term care services.
-  10. Ensure a smooth transition to the recovery phase.
-  11. Initiate steps for transformation of health and long-term care systems to appropriately integrate and ensure continuous, effective governance of long-term care services.



 <https://www.who.int/>

Quali²³ RSA vogliamo?

“Il Covid-19 ha portato all’attenzione dell’opinione pubblica la situazione delle strutture residenziali per non autosufficienti (RSA) per la concentrazione di infezioni e decessi provocati dal virus. Ma ha anche aperto un dibattito su come riorganizzare questi servizi. E la fragilità dimostrata nel fronteggiare l’epidemia ha tra l’altro fatto crescere proposte per incardinare più robustamente le RSA nel SSN. Ma come si può concretizzare questa ipotesi? E, soprattutto, che cosa deve essere una RSA, visto che i riordini devono avere come scopo un modello di servizio che si ritenga adeguato? Proponiamo alcuni snodi:

a) Le RSA non devono essere “ospedalini”, ossia riproduzioni in minore della struttura ospedaliera, della sua routine giornaliera e del modo di vivere in ospedale. La permanenza in ospedale dura sino alla risoluzione di eventi acuti, le RSA quasi sempre diventano anche “la casa” dei ricoverati, ed è questo lo scenario che va considerato come dominante per modellare il servizio.

➔ Tuttavia, ciò non deve portare a mortificare la componente sanitaria di questi luoghi, che deve essere ben strutturata e monitorata tenuto conto che accolgono, sempre più, soggetti con gravi patologie in atto, facili alle riacutizzazioni ed a svariate complicanze. Solo se si riconosce e si rinforza questo aspetto le RSA possono praticare interventi sia per tutelare la salute degli ospiti sia per supportare efficacemente gli ospedali ed il territorio. L’altissima mortalità causata dall’attuale pandemia ha fatto emergere limiti già noti ed evidenziati in passato da geriatri ed associazioni a tutela dei diritti dei malati cronici. Purtroppo, l’opinione pubblica ha sovente bisogno di un evento tragico per svegliarsi.

b) Le RSA non devono essere luoghi di “custodia” dei non autosufficienti, di mera “badanza” degli anziani affinché siano puliti ed alimentati. **Devono invece essere luoghi di “cura”**; e questo si ottiene certo garantendo che sappiano intervenire sulle diverse esigenze sanitarie (infezioni incluse), e che ovunque sia appropriato offrano percorsi riabilitativi (una frattura del femore deve ricevere riabilitazione anche in RSA).

➔ Questa vocazione riabilitativa andrebbe promossa anche per soggetti provenienti dal domicilio o dall’ospedale: potrebbero affiancarsi alle case di cura riabilitative, con minori costi e sedi più vicine ai familiari. Ma “cura” deve significare “prendersi cura”, ossia implica un insieme di attenzioni il cui obiettivo non è solo “far guarire” (obiettivo peraltro irrealistico in patologie involutive o cronicizzate), e nemmeno solo “medicare” o “riabilitare”; bensì “far vivere nel modo migliore possibile” pur in presenza di gravi limitazioni personali. Questi primi due criteri non sono un mero gioco linguistico, perché implicano obiettivi molto concreti nella gestione del servizio residenziale, obiettivi che peraltro un ospedale può anche non proporsi, o non essere in grado di gestire.

➔ È cruciale garantire ai ricoverati una vita di relazione il più ricca possibile. E offrire “vita di relazione” implica fantasia organizzativa: presenza di animazione, palestra, attività motorie, ingresso di associazioni e volontari, promuovere e sostenere il rapporto con i familiari (coltivare gli affetti), formazione a questo scopo degli operatori. E chi è costantemente allettato non deve essere a priori escluso da offerte per potenziare le relazioni. Se le RSA sono “luoghi per la cura”, ricordiamo che chi non può coltivare affetti e relazioni si aggrava ed abbandona all’isolamento, e dunque anche questa è una importante forma di cura.

➔ Anche chi soffre di gravi demenze e limitazioni delle funzioni cognitive può fruire di questo approccio, e molte esperienze dimostrano l’utilità di stimoli e offerte relazionali anche per queste patologie. Sono molti i pazienti con gravi demenze presenti in RSA, e per loro è necessario allestire modalità che consentano di “accettare” e gestire i loro comportamenti: alzarsi di notte e muoversi nella struttura, mangiare nelle ore più diverse. Anche evitare di costringerli a comportamenti più “normali” è una forma di cura.

A livello scientifico è ampiamente riconosciuta l’importanza delle terapie non farmacologiche nella cura della demenza; permettono di ridurre il consumo di psicofarmaci, di rallentare il peggioramento dei sintomi cognitivi migliorando la qualità della vita delle persone malate. Possiamo citare C.S.T. (Cognitive Stimulation Therapy), validation, gentle care, pet therapy, doll therapy, terapia del “treno”, geromotricità e molte altre; ognuna è indicata in una data fase di malattia e va naturalmente scelta e adattata su misura del malato. Implicando una

²³  Testo di Pietro Landra e Maurizio Motta, pubblicato il 20 luglio 2020. Si legge in <https://welforum.it/>.

forte presenza delle risorse umane queste metodiche hanno dei costi, non alti considerati i risultati ottenibili, ma che andrebbero conteggiati nell'attribuzione dell'intensità di cura.

➡ In particolare, occorre considerare la situazione di quei pazienti affetti da Alzheimer o altre demenze con ancora conservata una buona motilità, sovente con disturbi comportamentali. Talune normative prevedono per essi l'accesso ai NAT (nuclei Alzheimer transitori), luogo strutturato architettonicamente sui loro bisogni e con personale formato ed in numero adeguato. Purtroppo, le U.V.G. tendono a ricorrere a questa risorsa assai raramente col risultato che questi malati, inseriti in un nucleo non specifico rischiano di essere sedati, di allontanarsi dalla struttura con gravi rischi, di perdere rapidamente quel che resta della loro autonomia.

c) Come ogni struttura residenziale anche le RSA rischiano dinamiche da "istituzione totale", con la vita scandita solo dai ritmi organizzativi e ad essi subordinata; e dove è in agguato la spersonalizzazione delle persone e di ciò che gli si offre.

➡ Perciò **"far sentire persona" resta obiettivo cruciale della tutela in RSA** ed è attenzione che implica azioni molto concrete: poter portare nella propria camera oggetti e piccoli arredi ai quali si è affezionato, poter farsi rammentare il vestito che ha molti anni ma al quale si tiene molto (magari a cura di residenti capaci di farlo), poter scegliere cosa mangiare e come passare il tempo tra diverse alternative, garantire privacy adeguata (anche con ampia presenza di stanze a due letti e singole).

d) È cruciale in una RSA la possibilità di offrire risposte molto differenziate, puntando ad articolare l'ospitalità nel modo più flessibile possibile: minialloggi per anziani fragili ma ancora autosufficienti (ad esempio con priorità a congiunti di chi è ricoverato), nuclei per diversi gradi di non autosufficienza per evitare che in caso di aggravamento il ricoverato debba cambiare struttura. Certo la gestibilità di questa articolazione dipende da molti fattori: il contesto ambientale, i limiti strutturali e logistici, le capacità di investimento del gestore. Potrebbe però essere incentivata, anche valorizzandola come elemento di qualità nelle procedure di autorizzazione e di accreditamento.

➡ In questa prospettiva ha senso anche puntare a RSA che diventino capaci di assumere funzioni oggi gestite dalle cd "case di cura" (degenze post ospedaliere) e dagli "hospice" (cure palliative residenziali). Soprattutto per evitare reiterate movimentazioni dei pazienti, oppure nei territori con insufficienti posti di hospice.

➡ Come sottolineato prima per la fisioterapia, favorire la continuità delle cure in RSA dopo un ricovero in ospedale o in caso di necessità di cure palliative, da un lato renderebbe le strutture veramente "aperte" (superando la concezione dell'"ospizio"), dall'altro favorirebbe la permanenza dell'anziano nel suo territorio (le RSA sono una risorsa ormai diffusa), cosa che attualmente spesso non accade, essendo le case di cura poche e dislocate spesso lontano.

e) Il numero di ore che gli operatori possono dedicare ad ogni paziente (il cd "minutaggio"), è il tema sul quale si gioca gran parte dell'efficacia degli interventi. Non il solo, perché se le varie figure di assistenza sono numericamente adeguate ma non guidate e formate in modo efficace i benefici sono irrilevanti. Tuttavia, è inequivocabile che gli attuali parametri stabiliti per le RSA sono spesso insufficienti per assicurare le giuste cure. Non per nulla sempre più sovente i familiari pagano di tasca propria per fornire assistenza supplementare (per imboccare, per garantire relazione); vedono gli OSS sfrecciare nei corridoi trafelati oppure percepiscono segnali di incuria e cercano di rimediare per quel che possono.

➡ È ineludibile la necessità di una revisione al rialzo dei parametri, degli OSS, dei fisioterapisti, degli infermieri, concertata con i rappresentanti dei familiari, dei gestori delle RSA e di quanti altri possono dare il loro contributo per migliorare questa situazione.

L'assurdità dei parametri valutati per stabilire il minutaggio è evidente da tanti dati, ad esempio è ritenuto più "pesante" un soggetto che usa il pannolone essendo totalmente incontinente rispetto ad uno che sente lo stimolo ad urinare ma va accompagnato in bagno da 1 o 2 operatori, operazione che richiede il quadruplo del tempo rispetto a cambiare il presidio igienico. Occorre quindi una rivoluzione anche del modo di valutare delle U.V.G.

f) Circa la presenza medica in RSA, schematicamente, si citano 2 modelli: il primo, in vigore in Piemonte, individua la responsabilità del MMG che ha, tra i suoi assistiti, anche i residenti della RSA; il secondo, praticato ad esempio in Lombardia, prevede la presenza di un'équipe medica specifica della struttura. Vi sono aspetti positivi e negativi in entrambe le modalità.

Il primo modello, che rende le RSA più inserite “nell’anima” del territorio, è efficace se i MMG sono positivamente coinvolti nel “fare equipe” con gli operatori della RSA ma richiede, almeno nel modello piemontese, due correttivi:

- Ai MMG, in virtù di una DGR del 1999, viene riconosciuta una quota aggiuntiva rispetto alla quota capitaria solo per gli anziani in RSA in posti letto in convenzione con il SSN e non per quelli inseriti privatamente. Per i MMG di questi soggetti non è possibile nemmeno fruire dei compensi dell’ADI (assistenza domiciliare integrata) e dell’ADP (assistenza domiciliare programmata). Il risultato è che i medici per assistere pazienti spesso problematici non ricevono retribuzione/incentivo analoga all’intervento al domicilio; i bandi per reclutare MMG per le RSA vanno quindi spesso deserti.
- Al Direttore Sanitario della struttura vanno attribuite maggiori funzioni gerarchiche per coordinare efficacemente il loro intervento.

➡ Per contro l’equipe medica tutta interna alle RSA rischia forse di replicare “l’ospedalino” citato, ma può avere il vantaggio di aggredire più tempestivamente alcune criticità e di essere meno ambigua circa le responsabilità. Inoltre, le Aziende Sanitarie, come già accade in alcuni territori, devono facilitare l’esecuzione di accertamenti clinici, un adeguato flusso di risorse quali presidi sanitari (ad esempio deflussori e cateteri), farmaci, materiale protesico e favorire l’accesso degli specialisti (ad esempio psichiatri, vulnologi, palliativisti, ecc.) necessari ad una corretta gestione dei casi ad alta complessità.

g) Per la tutela dei non autosufficienti occorre puntare non solo a una “riforma delle RSA”, ma alla messa in opera di un più articolato “sistema delle cure”, e che offra con priorità sostegni al domicilio.

In questo contesto bisogna superare la frattura drastica tra servizi domiciliari e residenziali, e invece offrire alle persone opportunità che (quando appropriate) possano fondarsi su un continuum di interventi. Ad esempio, RSA anche a sostegno delle cure domiciliari, dove la persona che è assistita al domicilio possa andare a fruire del bagno assistito, e/o della mensa, e/o di momenti di animazione. Oppure possibili RSA progettate come “Centro servizi”, ossia capaci di offrire anche assistenza al domicilio (soprattutto dove i servizi domiciliari del territorio sono fragili): sono interventi già praticati in diversi territori e in ogni caso possibili.

h) Poter fruire di un posto letto in RSA con metà del costo a carico del SSN è un diritto esigibile ben precisato nella normativa sui LEA, i livelli essenziali di assistenza (agli articoli 30 e 34 del DPCM 15/2017). Dunque, devono essere evitate le lunghe liste d’attesa oggi presenti in diversi territori, che obbligano le famiglie ad impoverirsi per cercare soluzioni a totale loro carico e ricerca del posto. E se i LEA includono questo diritto, allora nel sistema col quale il Ministero della Salute valuta se le Regioni adempiono agli obblighi dei LEA va inserito esplicitamente un indicatore che evidenzi se nelle singole Regioni vi sono liste d’attesa per i posti in RSA in convenzione col SSN, come una delle misure sull’adempimento ai LEA, mentre la valutazione dei LEA trascura questo aspetto.

E la condizione economica degli utenti deve essere utilizzata non tra gli indicatori che definiscono la priorità di accesso agli interventi, visto che si tratta di prestazioni per persone malate, ma solo per determinare la contribuzione al loro costo.

Torniamo a una domanda posta all’inizio: cosa vuol dire “incardinare meglio le RSA nel SSN”? Non c’è dubbio che debba implicare che il SSN deve avere piena titolarità su questi servizi, visto che sono per persone malate, e non sono “case di riposo” ma “luoghi di cura”. A condizione tuttavia che “curare” sia obiettivo da declinare come chiarito all’inizio, e una maggior competenza del SSN non implichi la rinuncia alle attenzioni e requisiti sin qui esposti. Va peraltro ricordato che la pianificazione del sistema di offerte delle RSA, nonché l’autorizzazione al loro funzionamento, e l’accreditamento dei posti in convenzione con le ASL sono già da tempo funzioni assegnate al SSN (Regioni e/o ASL).

Se come si è detto ciò che va irrobustito è un completo “sistema delle cure” per la non autosufficienza, progettando in modo organico offerte domiciliari e residenziali e loro interazioni, c’è una azione che sarebbe utile promuovere all’interno del SSN (e delle funzioni delle ASL): garantire una gestione integrata delle due componenti, inclusi i raccordi finanziari.

Potenziare la tutela a domicilio di non autosufficienti può condurre anche ad un risparmio del SSN, perché spenderebbe meno rispetto ai ricoveri in casa di cura o in RSA. Ma bisogna che questo risparmio sia utilizzabile con flessibilità nel sistema delle cure, evitando rigide separazioni nei bilanci delle ASL tra domiciliarità e residenzialità.

Considerando che sarà necessario adottare atti normativi anche nazionali, se non altro per utilizzare le nuove risorse rese disponibili per il SSN ed il welfare, sarebbe opportuno puntare a trasformare gli obiettivi richiamati in precise proposte di disposizioni normative”.

Sanità e assistenza territoriale tra sfide e opportunità²⁴

1. Il contesto attuale.

1.1. L'assistenza distrettuale nel modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

Il Ministero della Salute ha pubblicato lo scorso anno gli esiti della sperimentazione del modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato lo scorso dicembre in Conferenza Stato-Regioni e in vigore dal 2020.

La nuova metodologia valuta separatamente il punteggio dei tre livelli di assistenza (ospedaliera, distrettuale e prevenzione), con un valore compreso in un range tra 0 e 100% e un valore minimo di garanzia del 60%. È stata effettuata una sperimentazione su dati 2016, utilizzando un sottoinsieme degli 81 indicatori individuati, sei per l'area della prevenzione, nove per l'attività distrettuale, sette per l'attività ospedaliera.

Utilizzando questo nuovo metodo, sono nove le Regioni che garantiscono i LEA: Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche, le stesse che si trovano in testa alla classifica della vigente Griglia LEA.

Friuli-Venezia Giulia e Lazio non raggiungono il punteggio minimo in una sola attività, rispettivamente nella prevenzione e nell'area distrettuale. Subito dopo Abruzzo (appena sotto la sufficienza per l'attività distrettuale e ospedaliera) e Puglia (appena sotto la sufficienza in tutte e tre le aree). Seguono un sottogruppo di tre Regioni con una valutazione complessiva tra il 40 e il 50%: Basilicata, Sicilia e Calabria.

I punteggi più bassi riguardano cinque Regioni: Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Molise, Sardegna e Campania.

Da notare che le insufficienze di maggior rilievo sono presenti nell'area distrettuale e, in misura minore, nella prevenzione, confermando le carenze nell'assistenza territoriale e l'insufficienza degli screening e delle coperture vaccinali già rilevate attraverso la Griglia LEA attualmente in vigore. Le attività ospedaliere, anche grazie alle riorganizzazioni alle quali si è dato luogo, ancorché con ritardo, fanno registrare risultati migliori.

Tab. 1- Punteggio riportato dalle Regioni secondo la nuova griglia LEA

Regioni	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	6,30	86,19	78,82
Val d'Aosta	59,16	39,07	60,21
Lombardia	80,92	69,12	69,12
Bolzano - P. A.	49,57	36,24	70,37
Trento - P.A.	69,41	88,49	92,40
Veneto	63,66	84,41	82,71
Friuli Venezia Giulia	52,00	71,43	78,96
Liguria	65,34	86,39	74,50
Emilia Romagna	70,27	83,14	84,83
Toscana	70,73	80,50	89,13
Umbria	73,90	65,56	77,86
Marche	61,74	71,39	64,81
Lazio	65,24	56,32	66,16
Abruzzo	65,29	57,12	59,75
Molise	68,08	46,00	33,38
Campania	50,21	29,05	25,41
Puglia	55,68	58,75	59,27
Basilicata	68,71	41,41	68,40
Calabria	51,39	48,71	53,35
Sicilia	48,48	73,08	72,39
Sardegna	65,51	35,48	55,75

legenda

- > 80 %
- 70-80 %
- 60-70 %
- 50-60 %
- 40-50 %
- < 40 %

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica

²⁴ È l'allegato 3.3 del documento **Liberiamo il potenziale di tutti i territori con una politica di sviluppo moderna e democratica**. Il documento - presentato a Roma il 24 luglio 2020 - è frutto di collaborazioni tra soggetti puntualmente indicati nei testi. Tutto il materiale è disponibile in <https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/>. Le pagine scelte qui sono tra quelle realizzate da Cittadinanzattiva: <https://cittadinanzattiva.it/>.

(...)

1.4 Regione che vai modello che trovi.

L'invecchiamento della popolazione è strettamente correlato all'aumento delle patologie croniche e i pazienti che invecchiano sono spesso affetti da più malattie (comorbidità). Con tali modificazioni epidemiologiche e con l'aumento della domanda di cura, è diventato sempre più centrale il tema delle cure primarie, unitamente alla necessità di aggiornare i modelli di organizzazione sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2012 il Decreto Balduzzi, convertito poi in legge²⁵, ha ridisegnato nel nostro Paese il sistema delle cure primarie, caratterizzandosi, nei contenuti, per un approccio proattivo ispirato al *Chronic Care Model* e affidando alle Regioni il compito di riorganizzare i servizi territoriali mediante nuovi assetti organizzativi. L'obiettivo principale era di superare la vecchia concezione del rapporto tra medico e paziente, fondato su "contatti individuali", per arrivare a promuovere un associazionismo tra professionisti e garantire la presa in carico e l'assistenza H24, sette giorni su sette.

Una riforma che rischia di tradursi in semplice riordino demandato interamente alle Regioni che hanno il ruolo di programmazione, controllo ed organizzazione del servizio sanitario.

A distanza di qualche anno la Legge Balduzzi, nella sua applicazione, presenta ancora luci e ombre con una varietà di situazioni: alcune Regioni sono andate verso la direzione indicata dalla legge e dunque verso lo sviluppo di due uniche forme aggregative sul territorio AFT e UCCP (Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse di Cure Primarie), altre Regioni hanno seguito un orientamento differente, mantenendo i precedenti assetti organizzativi.

Nel 75% delle Regioni monitorate le funzioni delle AFT sono riportate negli atti regionali, a mancare è l'esplicitazione di criteri per il coordinamento (AFT e UCCP), dato fermo al 63%.

Complessivamente, il quadro d'insieme appare poco aderente alla Legge Balduzzi: tante sigle e modelli plurimi che fondamentalmente sono lo specchio di un diverso modo di agire delle Regioni italiane che attribuiscono all'assenza dei nuovi Accordi Collettivi Nazionali (ACN) la mancata/ non piena attuazione della riforma.

Molte le differenze registrate dall'indagine: nella integrazione, interoperabilità e adeguatezza dei sistemi informatizzati regionali; nei servizi di continuità assistenziale; nei servizi di cure intermedie e nei servizi sentinella; nella presenza di reti per garantire percorsi di cura a forte integrazione ospedale-territorio; nei servizi di sanità digitale; nell'assistenza domiciliare⁵. La riorganizzazione delle cure primarie e l'offerta dei servizi sul territorio resta un'oggettiva necessità che richiede una seria attenzione politica, sia per la revisione e rimodulazione dell'assistenza ospedaliera così come definita dal DM.70/15, sia in virtù del recente Piano Nazionale della Cronicità.

Quest'ultimo ha segnato una svolta nell'approccio alla malattia: rende centrale la persona (non la malattia) nel sistema di cure, indica come favorire il buon funzionamento delle reti assistenziali, modula la continuità assistenziale a partire dal grado di complessità della patologia, suggerisce l'inserimento precoce del paziente cronico nel percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) e ricorda di potenziare le cure domiciliari e, più in generale, i modelli assistenziali centrati sui bisogni socio- sanitari.

Anche il Patto per la Salute²⁶ ribadisce il nuovo modello multiprofessionale e interdisciplinare dell'assistenza territoriale (AFT, UCCP), suggerendo un approccio proattivo e iniziative mirate nei confronti dei malati cronici.

Il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, avviato a macchia di leopardo, paga fortemente la mancata adozione di standard per l'assistenza territoriale che avrebbero rappresentato una risposta efficace alla disomogeneità dell'offerta di servizi tra le Regioni, dalla quale derivano evidenti disuguaglianze tra cittadini. Questa carenza è marcatamente evidente al paragrafo 10 del DM. 70/15, dove, in poche righe, vengono date indicazioni alle Regioni per garantire la "Continuità Ospedale-Territorio".

(...)

²⁵  Legge 8 novembre 2012 n.189.

²⁶  Siglato tra Stato e Regioni, 18 dicembre 2019: <http://www.salute.gov.it/>.

2. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Il Patto per la Salute prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

Questo, puntando al potenziamento dell'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale per prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione. Prevede l'ampliamento della sperimentazione della Farmacia dei servizi come presidio rilevante per la presa in carico dei pazienti ed il controllo dell'aderenza terapeutica degli stessi, valorizza l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, nell'ambito della continuità dell'assistenza e dell'aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili.

Sono obiettivi importanti e condivisibili. Ma il loro conseguimento richiede due cose: una forte partecipazione dei cittadini; la fissazione e realizzazione di alcune priorità.

2.1 La partecipazione e il confronto pubblico.

Se si vuole dare effettiva attuazione agli indirizzi del Patto per la Salute, adattandoli alle specificità dei diversi contesti territoriali, lungo le linee di seguito tracciate, è necessario un impulso deciso e forte, anche e molto dalla società civile. Per disegnare un'offerta di servizi socio/sanitari calibrata sui bisogni specifici dei diversi territori, è infatti necessario sviluppare percorsi partecipativi, in grado di assicurare la mobilitazione delle comunità, estendendo e rendendo sistemico l'approccio utilizzato in questo ambito dalla Strategia Nazionale delle Aree Interne. Questo, partendo dal presupposto che il valore della sussidiarietà è quello "valorizzare le specificità" in un quadro di esigibilità dei diritti chiaro e trasparente e nella consapevolezza che l'opportunità di fare un lavoro di "rendicontazione partecipata" delle tante risorse a disposizione fornisce l'occasione per rinsaldare quel rapporto di fiducia tra cittadini ed istituzioni, progressivamente venuto meno in questi anni.

2.2 Quattordici priorità per l'azione pubblica.

Per quanto riguarda l'azione pubblica, a cui potrà dare un concorso determinante la disponibilità di accresciute e mirate risorse finanziarie, essa dovrà ispirarsi ad alcune priorità. Ecco.

1. Definire "il DM 70 del territorio" individuando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici che consentono di assicurare a tutti i cittadini in tutto il Paese parametri uniformi dell'assistenza territoriale. Le disuguaglianze di accesso ai servizi sono spesso frutto di sistemi di offerta non attenti ai bisogni dei territori e della popolazione residente. Da qui la necessità della definizione di standard che puntino al miglioramento dei risultati dell'assistenza prestata (in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità di accesso, efficienza) partendo da una attenta analisi dei bisogni assistenziali e delle peculiarità, anche organizzative, dei vari contesti in un quadro di esigibilità dei diritti.

2. Completare il processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone, attraverso la contrattazione collettiva e la definizione di modelli che sappiano adattarsi ai diversi contesti.

3. Passare dalla "continuità" alla "rete ospedale-territorio". Non sono più sufficienti, laddove sono stati attuati, i pur importanti protocolli di "continuità" o di "presa in carico". È necessario che gli ospedali, soprattutto quelli più piccoli, diventino a tutti gli effetti parte della rete dei servizi di comunità. Non più luoghi di attesa del bisogno che si presenta alle loro porte ma riferimento specialistico della popolazione a cui si rivolgono, strutturati dentro la comunità e non separati da essa.

4. Puntare sulla delocalizzazione delle cure dall'ospedale al territorio e più in generale in luoghi più prossimi al paziente, investendo risorse strutturali e di personale sanitario sui Distretti, sull'ADI e sulle cure primarie.

L'emergenza Covid – 19 ha mostrato che alcune innovazioni dei modelli assistenziali sono possibili e possono permanere in maniera strutturale anche successivamente alla fase emergenziale purché il processo di cambiamento sia sostenuto anche da investimenti nelle strutture e nel personale sanitario. I modelli di assistenza che si stanno concretizzando in questa fase vedono lo spostamento di diverse prestazioni

dall'ospedale (DH o ambulatori) al domicilio del paziente o verso i distretti sanitari con il forte coinvolgimento dei MMG e PLS:

- ♣ la somministrazione di farmaci (ad esempio per pazienti oncologici) al di fuori degli ospedali, utilizzando le diramazioni territoriali delle ASL/ASST o il domicilio del paziente;

- ♣ il passaggio, laddove possibile e opportuno, a vie di somministrazione delle terapie farmacologiche presso le diramazioni territoriali o a domicilio;

- ♣ la consegna al domicilio del paziente, nei casi di particolari difficoltà di spostamento, di quelle terapie farmacologiche normalmente distribuite in modalità diretta (PHT), previa autorizzazione del medico referente;

- ♣ l'espletamento delle vaccinazioni in luoghi alternativi ai centri vaccinali e più prossimi ai cittadini come presso i MMG e i PLS, i luoghi di lavoro, le farmacie, le scuole, e altri spazi.

5. Investire sull'assistenza domiciliare integrata (ADI) con finanziamenti strutturali e continuativi nel tempo per assicurare il necessario incremento del personale sanitario dedicato, potenziare la dotazione strumentale e tecnologica a disposizione del personale sanitario, garantire maggiore multidisciplinarietà degli interventi.

6. Potenziare i servizi di telemedicina per garantire la continuità delle cure (per controlli e consulti) e la gestione dei pazienti al domicilio, attraverso una delocalizzazione delle cure pienamente rispondente ai criteri di efficacia, efficienza e sicurezza, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali e i presidi territoriali.

7. Ripensare la formazione dei professionisti che operano sul territorio. Per rispondere ai bisogni di cura sempre più complessi è necessario adottare un approccio sociosanitario integrato e coordinato. Questo richiede una seria riflessione, da parte delle Università e delle Scuole di specializzazione, sulle tipologie di professionisti formare, ad oggi ancora troppo orientate a formare medici di direzione ospedaliera e poco rispondenti alle esigenze della medicina di comunità.

8. Strutturare servizi di consegna al domicilio di farmaci e dispositivi medici per i pazienti cronici, avviando collaborazioni volte ad agevolare le modalità di consegna a domicilio con l'attivazione di programmi di supporto e counseling al paziente .

9. Implementare il fascicolo sanitario elettronico semplificandone l'accesso, assicurando l'interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di informazione alla cittadinanza.

10. Agevolare la messa in rete delle farmacie con gli altri attori che tutelano la salute pubblica, per favorire sinergie. La farmacia può infatti svolgere un ruolo importante come attore e strumento di coesione sociale, a servizio della lotta alle disuguaglianze, in particolare nelle Aree Interne.

11. Investire nella diffusione dell'ostetrica di comunità e dell'infermiere di comunità, due figure che si sono rivelate molto utili, in particolare nelle Aree Interne, per rispondere ai bisogni dei pazienti, soprattutto, nell'ultimo caso, di quelli fragili.

12. Potenziare i servizi di supporto alle famiglie con particolari fragilità (quali demenze, autismo, problemi di salute mentale, dipendenze e disturbi del comportamento alimentare), sulle quali grava un peso molto oneroso per l'assistenza, assicurando uniformità e pari opportunità di accesso ai servizi in tutto il territorio nazionale.

13. Investire sul ruolo dei caregiver riconoscendone appieno il ruolo attraverso: interventi "personalizzati" e modulati nel tempo, sul bisogno della persona e del caregiver e sul percorso di cura condiviso che coinvolgono non solo le risorse istituzionali ma anche il "volontariato" e il "welfare di comunità"; interventi che identifichino il caregiver come titolare del progetto di vita con la conseguente condivisione di "scelte informate" sul percorso di cura; formazione e orientamento del caregiver sui diritti, i servizi accessibili, le competenze operative e relazionali; semplificazione del percorso di riconoscimento della qualifica di caregiver familiare; sostegno psicologico per l'orientamento anche attraverso gruppi di sostegno o di auto-mutuo aiuto.

14. Implementare il welfare sanitario d'iniziativa, un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che "va incontro" al cittadino prima che le patologie insorgano o si aggravino, puntando sulla prevenzione e l'educazione prendendo a riferimento il *Chronic Care Model*.

La spesa²⁷ sanitaria secondo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

“Il Servizio sanitario nazionale, in effetti, è un **“sistema di sistemi sanitari”**, da quando la riforma Bindi lo ha definito come “il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali” (art. 1 Decreto Legislativo 229/99). La diversità dei modelli sanitari può essere una ricchezza per il paese, perché si possono valorizzare le *best practice* di ognuna, ma può anche causare difficoltà nell’impartire un unico indirizzo politico e nel coordinarne le attività.

L’organizzazione dei servizi sanitari compete ad ogni regione e provincia autonoma (art. 11 L 833/78), per cui oggi si possono osservare 21 organizzazioni differenti. All’indomani della riforma sanitaria, le regioni avevano disciplinato con proprie leggi l’organizzazione dei servizi sanitari, con una variabilità sorprendente: ad esempio, in Lombardia erano 6 servizi, in Veneto 8, in Friuli-Venezia Giulia 13, in Emilia-Romagna 7, in Lazio 5, in Sicilia 19. Ancora oggi, dopo molti anni e molte leggi, i modelli regionali rimangono diversi.

I modelli regionali sono la risultante di almeno tre dinamiche: (i) il peso della storia e del contesto socio-economico, che nel corso dell’ultimo mezzo secolo (1950-1999) aveva radicato nelle regioni diverse forme di assistenza sanitaria; (ii) i vincoli e gli indirizzi nazionali di politica sanitaria, imposti o dettati dal governo, dopo l’istituzione del SSN; (iii) le libere scelte – o non-scelte – di politica sanitaria delle regioni.

I modelli regionali, tuttavia, si possono leggere anche attraverso il livello, la composizione e la dinamica della spesa sanitaria, che è l’oggetto di questa nota.

All’origine dei divari regionali.

La riforma sanitaria (L 833/78), che istituì il Servizio sanitario nazionale, si trovò in eredità un sistema sanitario frammentato e squilibrato tra le regioni.

Tab. 1 – Composizione e scarti dalla media nazionale della spesa sanitaria pubblica per macro-livelli e aree geografiche. Anno 1977					
	Assistenza sanitaria collettiva	Assistenza distrettuale (territoriale)	Assistenza ospedaliera	Organizz. istituzionale	TOTALE spesa
	Spesa pro-capite: Italia = 0				
nord-ovest	-16,9	-8,6	-1,3	-12,3	-5,0
nord-est	22,3	-10,7	23,3	6,0	11,0
centro	0,2	15,0	25,4	10,6	20,0
sud	1,3	4,1	-24,9	0,6	-12,8
Spesa pro-capite (lire)	9.239	62.917	104.611	6.246	183.012

A fronte di una spesa per abitante di circa 183 mila lire (10.260 mld di lire in totale), le regioni del centro e nord-est, presentavano una spesa superiore dell’11-20%, le regioni del sud inferiore del 12,8% e

²⁷  Articolo di Vittorio Mapelli nel quadro di ben 15 schede / *Il punto di Welforum* pubblicate il 28 luglio 2020. Testi completi in <https://welforum.it/il-punto>.

quelle del nord-ovest inferiore del 5%. Tra la prima regione (Lazio) e l'ultima (Molise) la differenza era del 100%.

Raggruppata per macro-funzioni, la spesa mostrava una forte prevalenza dell'assistenza ospedaliera (57% con una punta del 63% nel nord-est e un minimo del 49% nel sud) e un sottodimensionamento dell'assistenza "distrettuale" o extraospedaliera (34% con un minimo del 28% nel nord-est e un massimo del 41% al sud). Era il periodo in cui il modello ospedaliero prevaleva su ogni altra forma di assistenza. Nel sud, povero di ospedali, si sopperiva con i farmaci (20%) e la medicina ambulatoriale (17%). L'assistenza collettiva (prevenzione) assorbiva comunque il 4-5%.

□ Il superamento degli squilibri territoriali divenne un'assoluta priorità del SSN (art. 2, 3, 4, 51 L 833/78).

Strumento del riequilibrio fu la ripartizione annuale del Fondo sanitario nazionale tra le regioni, che assegnava risorse non più su base storica, ma (i) di una quota pro-capite, parametrata su indici di bisogno sanitario, e (ii) con indirizzi di spesa per macro-funzioni, che avrebbero dovuto garantire gli stessi LEA (livelli essenziali di assistenza, definiti con il DPCM 29.11.2001) in ogni regione. **Si trattava di ridurre la centralità degli ospedali, a favore dell'assistenza territoriale.** Ai fondi correnti si aggiunse nel 1988 un piano decennale di investimenti, incrementato negli anni fino alla cifra di 16,5 mld di €, di cui 3,2 mld peraltro non ancora spesi dalle regioni del sud.

(...) **I modelli regionali di spesa.**

A livello di singole regioni, è possibile effettuare un'analisi parziale solo per l'assistenza territoriale e limitatamente agli erogatori privati convenzionati o accreditati, che rappresentano circa la metà della spesa del LEA Distrettuale (25,6% contro 52,3 del totale; tabella 2). Mancano i dati per gli altri due LEA: prevenzione e assistenza ospedaliera.

Tabella 2 – Spesa Regionale per Assistenza distrettuale convenzionata – Anno 2018.

ASSISTENZA DISTRETTUALE (TERRITORIALE) CONVENZIONATA								TOTALE COSTI SSN
	Medicina generale	Farmaceutica	Specialistica	Riabilitativa	Integrativa e Protesica	Altra Assistenza [3]	TOTALE	[2]
Scarti % spesa dalla media nazionale = 0								
nord-ovest	-14,1	2,3	15,2	-16,6	-14,4	35,4	7,7	2,6
nord-est	3,8	-17,7	-30,9	-85,5	-23,1	33,0	-5,4	5,8
centro	-2,0	3,8	-22,2	15,8	11,8	-9,6	-3,9	-0,1
sud	10,0	6,0	18,5	52,2	17,5	-40,7	-0,6	-5,2
Composizione %								
ITALIA	5,5	6,2	4,0	1,4	1,6	7,0	25,6	100,0

I dati della tabella 2 sottostimano, in particolare, l'assistenza farmaceutica (6,2 vs. 14,3% del LEA nazionale; ultima riga), perché non comprende la distribuzione ospedaliera dei farmaci, la specialistica ambulatoriale (4 vs. 16%) e l'altra assistenza sociosanitaria (7 vs 14,2%), perché mancano le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche.

In generale si osserva una spesa molto elevata nel Nord-Ovest e al Sud (553 e 511 € pro-capite) e molto bassa nel Nord-Est (486 €), che è rispecchiata anche dalle percentuali sul totale (26,9 vs 22,9%).

Le regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est presentano però i valori più elevati per l'assistenza sociosanitaria ("Altra assistenza"; 189 e 185 €), rispetto a quelle del sud e del centro (83 e 123 €).

Sembrano scaturire, a livello generale, tre modelli di spesa:

1) il modello del Nord-Est – il più equilibrato e forse innovativo – basato sull'assistenza medica di base (+3,8% rispetto alla media nazionale), una ridotta spesa per farmaci (-17,7%), specialistica ambulatoriale (-30,9%), riabilitativa (-85,5%), integrativa (-23,1%), e un'elevata spesa sociosanitaria (anziani, psichiatria, tossicodipendenze: +33%);

2) il modello del Nord-Ovest, che ricorre all'assistenza specialistica (+15,2%) e ai farmaci (+2,3%), ma poco all'assistenza medica di base (-14,1%), oltre che alla riabilitativa e integrativa, dedicando però molte risorse all'assistenza sociosanitaria;

3) il modello del Sud, dove tutte le componenti di spesa "tradizionali" sono superiori alla media italiana, ma si dimostra carente nell'assistenza sociosanitaria (-40,7%).

Il modello delle regioni centrali è intermedio (494 € pro-capite e 26,6% del totale), basato sulle funzioni tradizionali, ma con un apprezzabile impegno per l'assistenza sociosanitaria (126 €).

Si possono osservare, a titolo esemplificativo, i dati di alcune regioni.

Per la medicina di base la Lombardia tocca il minimo nazionale (86 € pro-capite), mentre Veneto (113 €) e Emilia-Romagna (117 €) presentano valori decisamente superiori.

La più bassa spesa per farmaci si riscontra a Bolzano e in Veneto (76 e 98 €), mentre la più alta in Abruzzo (155 €), Calabria e Sardegna (142 €).

La Campania e la Sicilia hanno una spesa specialistica convenzionata superiore di due/tre volte (132 e 105 €) a quella di Friuli-VG, Emilia-Romagna e Toscana (43, 49 e 40 €).

La spesa riabilitativa in Basilicata, Campania e Abruzzo (69, 53 e 51 €) è superiore dieci volte a quella di Bolzano, Trento e Veneto (0,2 € 0,6 e 6) e probabilmente sopperisce alle carenze dell'assistenza sociosanitaria territoriale (66, 52 e 85 €).

Questa è invece di 175 € a Bolzano e in Veneto, di 221 € in Lombardia e di ben 331 € a Trento.

Conclusioni

Un lento, costante e quasi impercettibile cambiamento negli ultimi trent'anni (1985-2015) ha profondamente modificato il paradigma delle funzioni di spesa.

Oggi, a livello nazionale, la sua composizione riflette gli obiettivi e gli indirizzi della politica sanitaria: i parametri dei tre macro-livelli sono pienamente rispettati, salvo per qualche decimale nella prevenzione collettiva. **In questo periodo si è verificata una consistente riallocazione di risorse dall'area ospedaliera verso quella territoriale. Se questo è vero a livello nazionale o di qualche area geografica (nord-est), non può invece dirsi realizzato in diverse regioni.** Nel Mezzogiorno le tradizionali funzioni di spesa (farmaci, riabilitazione, integrativa) assorbono ancora troppi fondi, a scapito dell'assistenza sociosanitaria. Nell'area del nord-ovest (in particolare in Lombardia) la medicina di base è sottodimensionata, anche se vi è molta attenzione all'assistenza sociosanitaria. Nel centro Italia si è investito meno che altrove nell'assistenza territoriale e prevale ancora il modello tradizionale, seppure vi sia una nuova attenzione verso il sociosanitario.

La strada del riequilibrio tra le regioni e tra le funzioni di spesa è stata imboccata. Sapranno le regioni guardare e imparare le une dalle altre?"

Intervista²⁸ al Segretario Generale Nicola Giammarioli

Repubblica: L'Italia potrebbe chiedere fino a 36 miliardi al Mes per coprire le spese sanitarie legate al Covid-19: a che tasso di interesse potrebbe ottenerle?

Nicola Giammarioli: "Alle attuali condizioni di mercato, i tassi di interesse sono negativi. Quindi non solo l'Italia non pagherebbe alcun costo aggiuntivo, ma si troverebbe a rimborsare una cifra inferiore a quella ricevuta.

Il governo quanto risparmierebbe rispetto all'emissione di un uguale ammontare di Btp?

Oggi l'Italia risparmierebbe 500 milioni all'anno, ovvero 5 miliardi nei 10 anni coperti dalle nostre linee di credito. Sono soldi che potrebbero essere impiegati per finanziare altre politiche a beneficio dei cittadini.

Per diversi attori politici italiani, questi risparmi verrebbero bruciati dallo stigma, ovvero dal crollo di reputazione sui mercati causato dall'accesso al Mes che farebbe salire lo spread causando più danni che benefici.

Secondo le nostre analisi, che derivano anche dalle discussioni con gli investitori, l'accesso alla nostra nuova linea di credito non provocherebbe alcuno stigma, non ci sarebbero danni di fiducia sui mercati. Non si tratta di un salvataggio come quelli del passato, non è un soccorso lanciato durante una crisi finanziaria o per rimediare a scelte sbagliate di un governo. Si tratta di una linea di credito studiata per rispondere alla pandemia, fenomeno del quale nessuno ha colpa.

Come fa ad essere certo che non ci saranno contraccolpi?

Lo sappiamo dai nostri contatti quotidiani con gli operatori dei mercati finanziari. Gli investitori in titoli di stato sanno bene che i loro prestiti sono più sicuri se i pagamenti del servizio del debito di un paese diminuiscono anche grazie al fatto che i prestiti del Mes sono molto vantaggiosi. Lo abbiamo visto anche quando si è diffusa la notizia che Cipro stava considerando il ricorso al Mes: il suo spread è calato perché gli investitori vedono di buon occhio l'arsenale introdotto dall'Unione europea e il fatto che un governo vi acceda. Quando parlo di 5 miliardi, mi riferisco solo ai benefici diretti derivanti dall'attivazione del Mes. Ci sono anche risparmi indiretti, dati proprio dal favore con il quale i mercati accolgono l'utilizzo della linea di credito pandemica che si riverbera sui titoli di Stato con la riduzione del differenziale sul Bund: il debito diventa meno costoso con un significativo beneficio finanziario.

Se non c'è rischio stigma, perché nessun governo ha ancora presentato domanda formale per l'attivazione della linea di credito?

Ogni paese fa le sue considerazioni politiche e finanziarie, non sta a me entrare nel dibattito democratico delle singole nazioni. Le capitali hanno bisogno di tempo per capire come impiegare i soldi, per valutarne la convenienza in quanto la nostra linea di credito è vantaggiosa per alcuni paesi e neutra per quelli che hanno già accesso al mercato a tassi negativi. Il dibattito è in corso e a un certo punto le capitali avranno le idee più chiare e attiveranno il Mes.

La linea di credito può coprire i costi sanitari diretti e indiretti legati al Covid: quanto è estesa questa definizione?

Si tratta di una possibilità di impiego molto vasta che, ad esempio, va dai vaccini alla ricerca passando per la riorganizzazione della sanità e la ristrutturazione degli ospedali, ai contributi per le case di riposo fino ad un ammodernamento del sistema sanitario sul territorio e dei medici di base.

Il Mes potrà imporre condizionalità, riforme, aggiustamenti macroeconomici o ristrutturazioni del debito ex post?

No, dobbiamo essere molto chiari: con le nuove linee di credito il Meccanismo non può imporre alcun genere di condizionalità ex post, austerità, troika, taglio delle pensioni o del settore pubblico. Siamo in un altro campo da gioco rispetto al passato: l'unica condizione da soddisfare è che i soldi siano usati per la sanità".

²⁸  Realizzata da Alberto d'Argenio e pubblicata in *La Repubblica* del 6 luglio 2020. Si riprende qui parte del testo che si legge anche nel portale istituzionale <https://www.esm.europa.eu/news>.

Il ruolo delle regioni²⁹ nell'emergenza attraverso i bandi Covid

“Nella crisi di questi mesi il ruolo delle regioni è stato centrale. Una presenza visibile nell'organizzazione della risposta all'emergenza, e quindi anche nel reperire gli approvvigionamenti necessari: mascherine, tamponi, apparecchiature mediche.

Attraverso la [piattaforma web bandi Covid](#), emerge come il 16% degli importi banditi (al netto degli accordi quadro) sia stato emanato dalle regioni e dalle centrali di committenza regionali, e un ulteriore 11% dalle aziende sanitarie. Complessivamente quindi, circa il 27% degli importi messi a bando per l'emergenza deriva dal livello regionale.

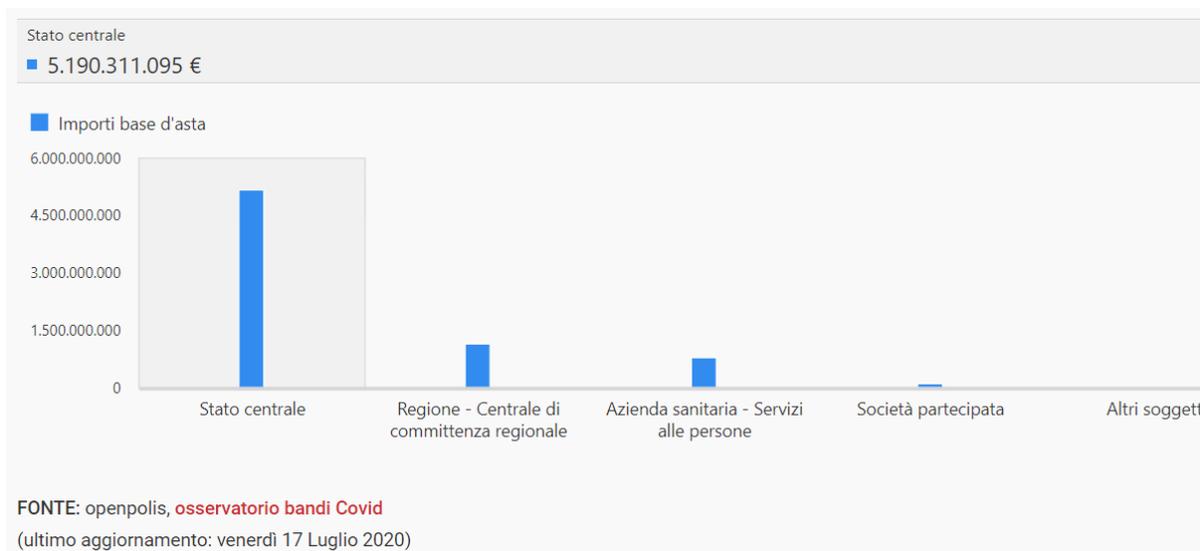
Il motivo, [come abbiamo avuto modo di sottolineare](#), è che l'emergenza Coronavirus ha riguardato due degli ambiti dove i poteri di stato e regioni sono concorrenti: la protezione civile e, soprattutto, la tutela della salute.

Fin dai primi giorni di emergenza, la scelta politica di fondo è stata non avocare le competenze regionali e cercare quanto più possibile un coordinamento tra livelli istituzionali. Una coesistenza spesso non semplice da realizzare, come mostrano gli scontri tra il governo e i presidenti di alcune regioni, [tra cui la Calabria](#).

Come conseguenza di questo assetto, oltre agli approvvigionamenti nazionali, le regioni hanno acquistato, in autonomia, forniture massicce dei beni e servizi necessari per l'emergenza, come dispositivi di protezione, macchinari e altri servizi connessi.

Dopo le numerose amministrazioni statali coinvolte (che cubano insieme il 71% degli importi messi a bando), sono le regioni l'altro attore fondamentale. In primo luogo, attraverso le centrali di acquisto regionali: società pubbliche incaricate di provvedere agli approvvigionamenti per la regione. In secondo luogo, ovviamente, attraverso le aziende sanitarie, enti pubblici gestiti dalle regioni per erogare i servizi sanitari.

Importi base d'asta dei lotti Covid per tipo di stazione appaltante (esclusi accordi quadro):



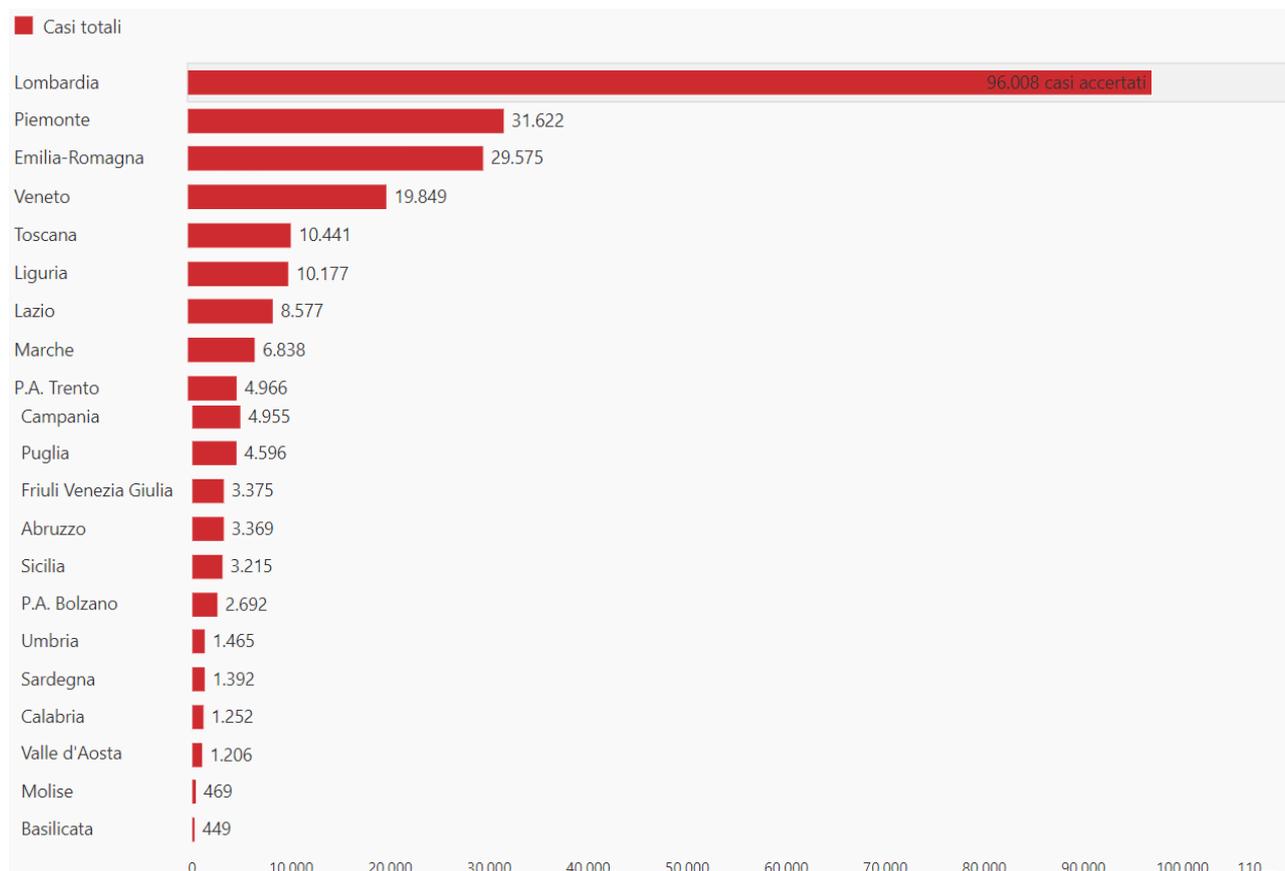
Ma quanti soldi sono stati messi a bando nelle diverse regioni? E ci sono differenze nelle procedure seguite per gli acquisti? Possiamo ricostruire questi aspetti attraverso la [piattaforma web Bandi Covid](#).

²⁹  Pubblicato dalla redazione il 29 luglio 2020. Si legge in <https://www.openpolis.it/>. Per approfondire: indicazioni operative Autorità Nazionale Anticorruzione del 21 agosto 2020. Sono in <http://www.anticorruzione.it/>

I territori più ricorrenti nei bandi

L'emergenza ha spaccato il paese. Le regioni del nord, e in particolare la Lombardia, sono state colpite da subito e in modo più intenso. Su circa 246mila casi accertati, oltre il 70% si concentra nelle 4 maggiori regioni settentrionali.

Numero di casi di Covid-19 accertati, per regione



FONTE: elaborazione openpolis su dati [Ministero della salute](#)
(ultimo aggiornamento: martedì 28 Luglio 2020)

Alla luce di questi dati, un primo elemento da valutare è quali siano le aree del paese più frequenti nei diversi bandi. Per provare a ricostruirlo, abbiamo classificato tutte le stazioni appaltanti (statali, regionali e locali) in base alla regione di appartenenza.

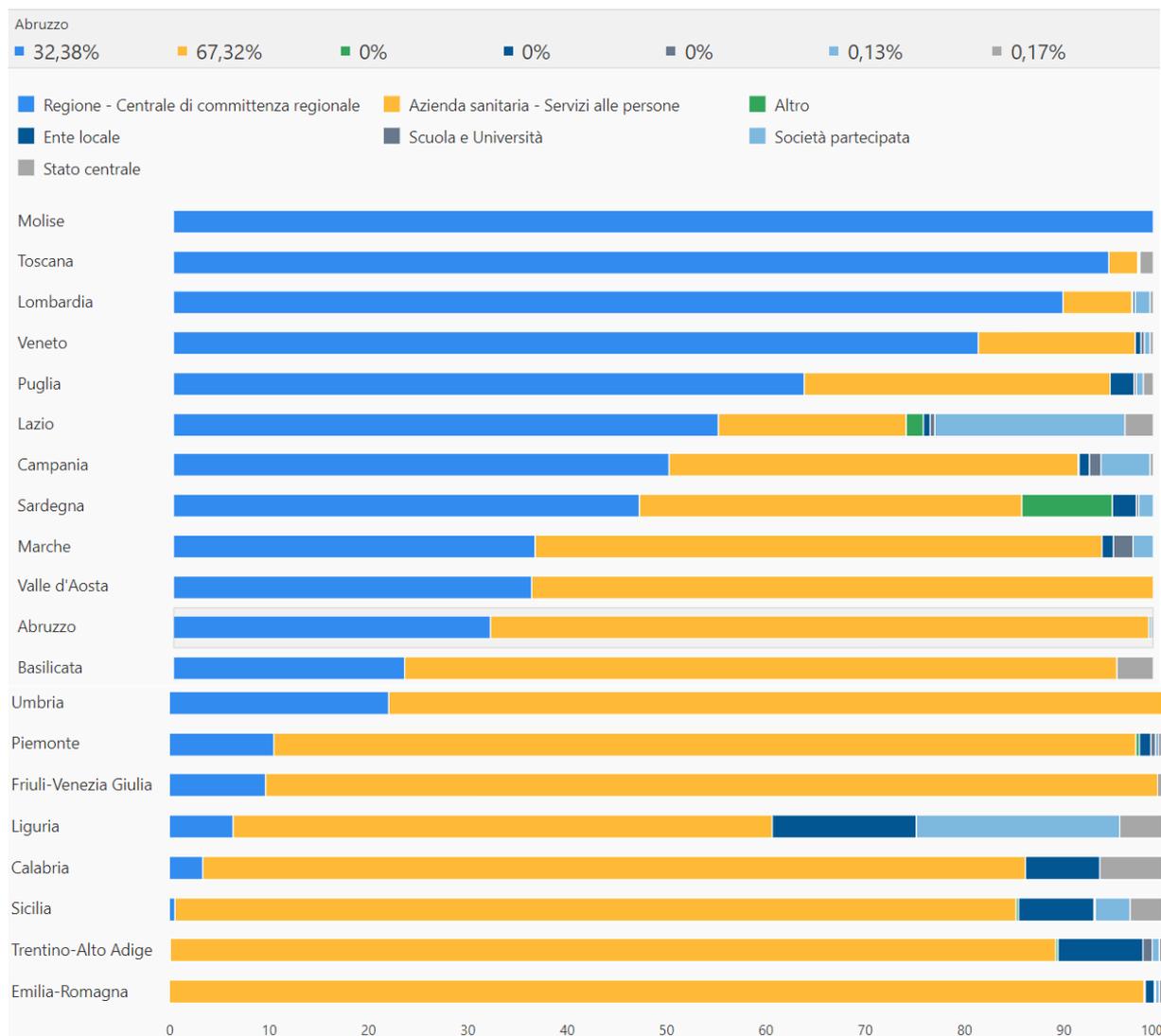
Ovviamente questa classificazione non è generalmente possibile per le amministrazioni centrali, che procedono ad acquisti su scala nazionale (ad esempio il dipartimento protezione civile della presidenza del consiglio). Ma è invece possibile per tutte le articolazioni dello stato sul territorio: dalle prefetture ai comandi regionali dell'arma dei carabinieri, solo per fare alcuni esempi. (...)

Le stazioni appaltanti con sede in Lombardia sono quelle, come prevedibile, che hanno messo a gara i maggiori importi. Quasi mezzo miliardo, se si escludono gli accordi quadro (ovvero il perimetro contrattuale entro cui saranno fatti gli affidamenti veri e propri).

Seguono Emilia-Romagna (342 milioni), Toscana (269 milioni) e Veneto (216 milioni).

Oltre a valutare la quantità degli importi banditi dalle stazioni appaltanti sul territorio, un altro aspetto interessante è quanta parte di questi siano stati messi a gara dalla regione e quanti da altri soggetti con base regionale.

Il ruolo delle regioni attraverso le società di acquisto e le aziende sanitarie. Importi a base d'asta dei lotti Covid per tipo di stazione appaltante (esclusi accordi quadro)

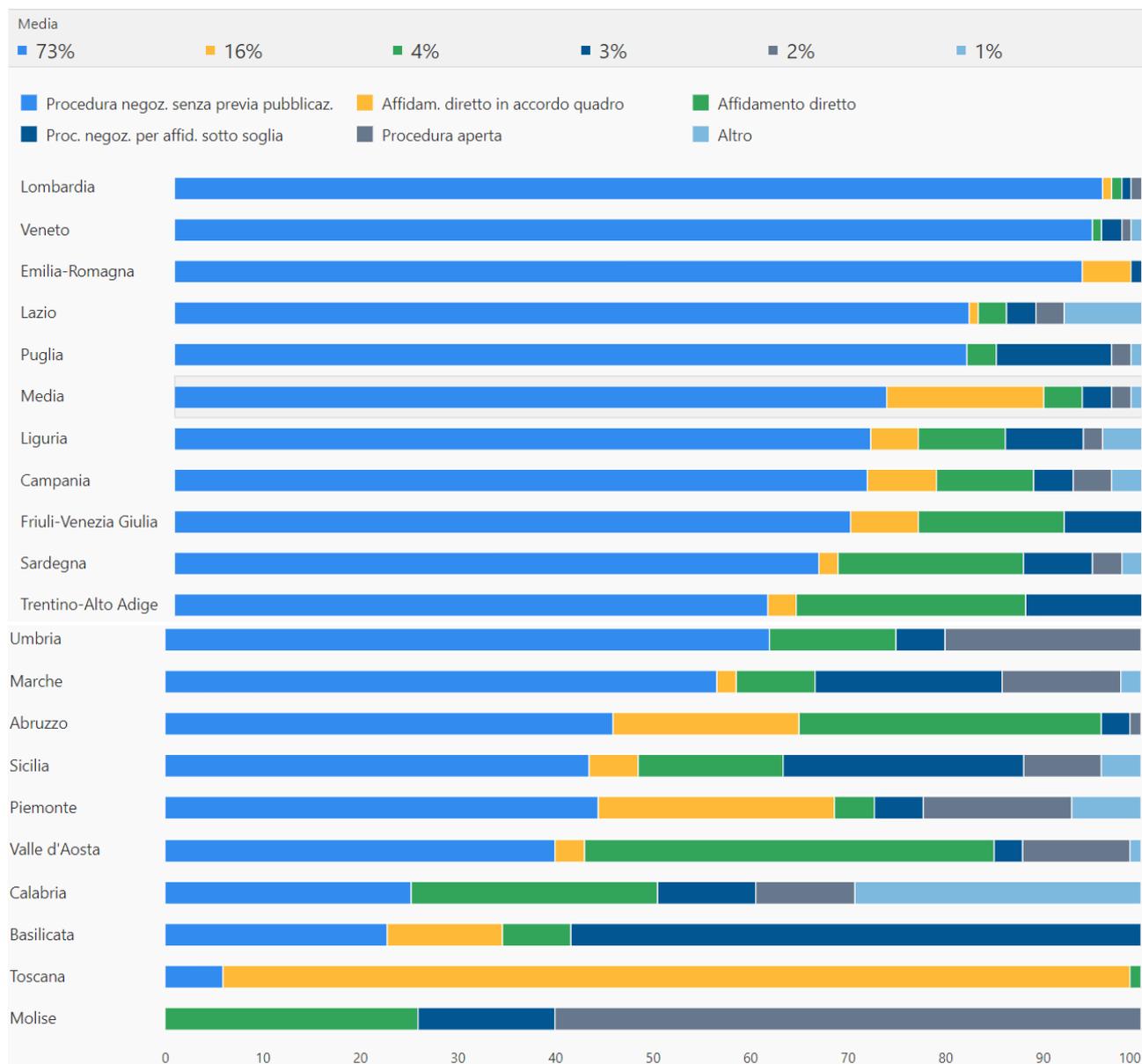


In quasi tutte le regioni, gran parte delle somme messe a bando per cui è possibile ricostruire il livello territoriale sono state emanate da strutture collegate alla regione stessa (gli uffici dell'ente, le centrali di acquisto, le aziende sanitarie e ospedaliere). In 14 su 20 queste quote sommate superano il 90%. Solo in Liguria e Lazio non arriva a 3/4 del totale. In quest'ultima regione in particolare è forte l'incidenza delle aziende partecipate che hanno la loro sede a Roma, tra le altre Enel, Rete ferroviaria italiana, Rai, Sogei, Poste italiane, Terna.

Nelle regioni piccole, come Valle d'Aosta e Molise, spicca l'assenza (o quasi) di stazioni statali. Su questa tendenza incide anche il fatto che le articolazioni regionali dello stato possono avere sede nella regione limitrofa più grande. (...)

(...) **La normativa di emergenza, nella necessità di tempi rapidi, ha previsto una serie di deroghe in materia di appalti e procedure negoziali.** A partire dall'ordinanza del capo della protezione civile del 3 febbraio scorso, sono state stabilite una serie di deroghe, successivamente ampliate dal decreto Cura Italia. **Uno degli strumenti maggiormente valorizzati sono le procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando.** (...)

Nei bandi di regioni e asl incidono ancora di più le procedure senza bando e affidamenti diretti. Importi a base d'asta dei lotti Covid per tipo di procedura seguita



In alcune regioni, quasi la totalità degli importi banditi ha seguito una procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando. In particolare, alcune di quelle più colpite dall'emergenza, come Lombardia (96%), Veneto (94%) e Emilia-Romagna (92%). Indice che questo strumento è stato considerato quello più funzionale dalle stazioni appaltanti, in una fase che ha richiesto tempi rapidi.

Nel mezzogiorno e in alcune regioni del centro-nord spicca la quota di acquisti tramite affidamenti diretti. Parliamo di oltre un quarto degli importi di Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise, Calabria. Regioni meno colpite dall'emergenza, ma che hanno fatto maggiormente ricorso a procedura meno competitiva rispetto alle stesse procedure negoziate. In Toscana invece la quasi totalità degli importi è stata affidata all'interno di un accordo quadro. Una procedura per cui l'affidamento diretto è vincolato ad una graduatoria prestabilita di operatori cui affidare l'appalto, definita attraverso una apposita convenzione.

In generale si osserva l'assoluta irrilevanza delle procedure aperte nella gestione della crisi, già emersa nel caso nazionale. Una tendenza che ovviamente è dovuta ai tempi ristretti in cui tutti i soggetti pubblici, regioni comprese, si sono trovati ad operare. Ma allora, come abbiamo ribadito più volte, deve esserci totale trasparenza sulle scelte fatte”



Letture



Regionalismo differenziato: il caso della sanità

Paper 3 /2019 – febbraio 2019



Francesca Angelini

*Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali
vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*

31 luglio 2019

Istituzioni del Federalismo  Rivista di studi giuridici e politici

Alessandra Pioggia

Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza

Numero 1 / gennaio/marzo 2020



Giovanna Vicarelli ed Elena Spina

Disuguaglianze e Servizio Sanitario Nazionale: una contraddizione irrisolvibile?

Numero 1 / gennaio-aprile 2020



Lorenzo Chieffi

La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali

Numero 1 / 2020



FORUM LA GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA TRA STATO, REGIONI ED ENTI LOCALI

Luca Buscema

Emergenza Sanitaria Internazionale e regionalismo differenziato: un ossimoro?

24 marzo 2020



Umberto Allegretti e Enzo Balboni

Autonomismo e centralismo nella lotta contro la pandemia coronavirus

9 aprile 2020



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



Paolo Bonetti

La Costituzione regge l'emergenza sanitaria: dalla pandemia del coronavirus spunti per attuarla diversamente

Fascicolo 2 / 2020.



Tonioloricerche è realizzato da Gianni Saonara