

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

OTTOBRE 2021

**DOCUMENTO
APPROVATO DAL
CONSIGLIO DIRETTIVO**

Documento approvato dal Consiglio Direttivo

Ottobre 2021

Uno sguardo d'insieme*

Il Servizio sanitario nazionale è arrivato impreparato all'appuntamento con il COVID-19, penalizzato da anni di de-finanziamento, tagli dei posti letto (non bilanciati da un adeguato potenziamento della sanità territoriale e delle cure intermedie), riduzione del personale, e politiche che hanno inciso negativamente sulla tenuta dei servizi territoriali e di prevenzione ([Scheda 1, Paragrafo 1](#)).

Il lento e continuo indebolimento della sanità pubblica è stato al centro del nostro documento fondativo ("Mobilitiamoci"), presentato a Roma l'11 Luglio del 2019. La capacità del Servizio sanitario nazionale di rispondere ai bisogni delle persone è stata progressivamente intaccata, in particolare nell'ultimo decennio, in misura tale da mettere in discussione quel diritto fondamentale alla salute sancito dalla Costituzione.

Di fronte alla pandemia, la nostra sanità pubblica ha mostrato due facce: le sue debolezze e fragilità ma, nel contempo, la professionalità e dedizione dei suoi operatori, la capacità di mobilitazione delle strutture sanitarie, la rilevanza di un diritto alla salute (e pertanto alle prestazioni) per tutte le persone presenti sul territorio nazionale. Si è così evidenziato un generale sentimento di adesione a questo bene comune. Nel contempo, si è sviluppato un generale consenso politico sulla necessità di rafforzare il servizio sanitario nazionale e di superare le forti diseguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso e nella qualità dei servizi, amplificate da questa pandemia. ([Scheda 1, Paragrafo 2](#))

La consapevolezza che questo fenomeno infettivo non rappresenta una evenienza irripetibile ma un cambiamento epocale del quadro epidemiologico, dopo molteplici "campanelli di allarme" che avevamo ignorato, pone come prioritario – per la salute, l'economia, e la stessa sicurezza del nostro Paese – un cambio di passo nell'abito della sanità pubblica e della ricerca biomedica. Si tratta di una "occasione" da non perdere per ridisegnare il ruolo dello Stato e dei sistemi di *welfare* per i prossimi decenni, in considerazione della disponibilità delle risorse finanziarie del PNRR e del consenso della popolazione, che avverte il problema salute come la

* Per ciascun paragrafo è stata predisposta una Scheda, richiamata nel testo, che offre alcuni dati (tabelle e grafici commentati, fonti bibliografiche) sui diversi argomenti trattati. Le Schede saranno soggette ad aggiornamenti.

crescente e maggiore inquietudine di questi anni.

Ma invece, passata la fase acuta della pandemia, la sanità, che è stata, per molti anni, il portafoglio delle politiche di austerità, è ben presto tornata a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese.

La conferma che non fosse in vista alcun rafforzamento del SSN è arrivata già lo scorso aprile, quando il Governo ha reso note le previsioni di andamento della spesa sanitaria pubblica, pienamente confermate nella Nota di Aggiornamento del 29 settembre, nella quale è inserita perfino la previsione di un DDL per l'attuazione della autonomia differenziata! Questa pandemia ha invece messo in evidenza la necessità di una più solida cornice unitaria dei servizi sanitari regionali e di un potenziamento della capacità – politica e tecnica – di indirizzo programmatico nazionale; è pertanto indispensabile espellere il tema Sanità dalla eventuale attuazione dell'autonomia regionale differenziata.

Se dal 2017 al 2020 la percentuale di spesa sanitaria pubblica era rimasta ferma al 6,6% del PIL (tra le più basse in Europa), impennandosi al 7,3% nel 2021 a causa delle spese COVID, la spesa tendenziale per gli anni successivi è decisamente al ribasso: 6,7% nel 2022; 6,3% nel 2023, e addirittura 6,1% nel 2024 ([Scheda 1, Paragrafo 3](#)). Un pessimo segnale che, se non contrastato da nuove iniezioni di risorse professionali e finanziarie, indica il ritorno allo scenario che, a partire dal 2011, ha penalizzato il SSN, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa, e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di fondi aziendali e assicurazioni con prestazioni sostitutive dell'offerta pubblica.

La lezione della pandemia non è servita.

Diversi indizi stanno anzi a indicare che è sempre più attuale il disegno di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato.

Primo indizio: il personale del SSN al palo

Mentre si registra un grande attivismo per garantire ai soggetti privati l'accesso ai finanziamenti europei, nessuna buona notizia arriva dal fronte del personale del SSN, che nell'ultimo decennio ha subito una drastica riduzione.

Sanità e assistenza sono il prototipo di un servizio alla persona, un'attività di "cura" che comporta una presa in carico, una relazione interpersonale in cui le capacità tecnico-professionali e gli elementi relazionali si unificano con effetto sinergico. Gli operatori – il "capitale umano" – sono l'elemento fondamentale per la qualità e capacità di risposta del

Servizio. Anche per tale ragione bisogna riporre al centro dell'azione politica il valore del lavoro di cura e investire prioritariamente su questo.

Il quadro che offrono i dati che ci pervengono dai sindacati – in particolare dalla Funzione pubblica della CGIL, dall'ANAO, e da altri sindacati di categoria – suscita invece grande preoccupazione. In questi anni si è assistito a una riduzione notevole del personale del SSN e al trasferimento di molteplici attività al privato, alle cooperative, al precariato, con una forte riduzione delle Spese per il personale e un incremento della voce Beni e servizi. A fronte dell'emergenza Covid, tale tendenza si è parzialmente invertita, senza tuttavia recuperare i tagli dell'ultimo decennio. Inoltre, le assunzioni sono state effettuate, in grande prevalenza, con contratti temporanei. ([Scheda 2, Paragrafo 1](#))

La Funzione pubblica della CGIL ha calcolato un fabbisogno di 112.000 unità di personale: 76.000 infermieri, 11.000 medici, 25.000 altri professionisti. Nel frattempo continua la fuga all'estero del nostro personale sanitario. Nell'ultimo decennio sono 10mila i medici italiani migrati all'estero, che arrivano a rappresentare il 50% dei medici stranieri presenti in Europa. Manca inoltre, da parte del Ministero, un quadro complessivo che delinei i possibili scenari per il prossimo decennio, in base ad alcune variabili: pensionamenti, immigrazione ed emigrazione di forza lavoro qualificata in ambito sanitario, cessazioni volontarie, necessità di personale in base a nuovi investimenti (PNRR), e interventi normativi (incremento letti di terapia intensiva, assistenza domiciliare, case di comunità, ospedali di comunità ecc.).

Per affrontare questo fondamentale problema è necessario intervenire su più fronti: rimozione dei limiti alla spesa per il personale dipendente, assunzioni di personale, incentivazione delle professioni sanitarie, formazione del personale ([Scheda 2, Paragrafo 2](#)).

1. Assunzioni del personale:

- ✓ rivedere la normativa sui limiti della spesa per il personale dipendente, ampliando i criteri previsti per il triennio 2019-2021 (in scadenza), superando definitivamente il riferimento alla spesa per personale del 2004 e ampliando la flessibilità di assunzioni da parte del SSN; solo così si eviteranno gravi carenze di personale, soprattutto in relazione ai nuovi investimenti previsti del PNRR;
- ✓ incentivare la riduzione strutturale della spesa per servizi sanitari esternalizzati in particolare durante la pandemia;
- ✓ rimuovere i limiti della legge "Madia" per la stabilizzazione dei precari;
- ✓ mettere in atto una risposta urgente all'attuale carenza, contrattualizzando gli specializzandi dell'ultimo biennio del corso e la loro assunzione nella rete ospedaliera.

2. Incentivazione delle professioni sanitarie:

- ✓ aprire un confronto con le organizzazioni sindacali per una rivalutazione delle professioni sanitarie (anche in termini economici) per ridurre le differenze salariali rispetto ad altri Paesi europei.
- ✓ individuare forme premianti per specifici settori di attività (ad esempio terapie intensive; pronto soccorso ecc.)
- ✓ attivare forme virtuose di welfare a favore del personale della sanità pubblica (asili nido, contributo trasporto pubblico, residenze o contributi affitto) particolarmente utili in alcune realtà urbane e per il personale infermieristico.

3. Formazione:

- ✓ il fabbisogno formativo (lauree e specializzazioni) deve essere individuato dal Ministero della Salute – di concerto con le Regioni – sulla base dei bisogni della popolazione, e deve trovare adeguata risposta nell'offerta delle Università.
- ✓ la formazione post-laurea deve essere effettuata utilizzando una rete di ospedali di insegnamento.
- ✓ la formazione dei medici di medicina generale deve essere effettuata dall'Università, utilizzando a tal fine una rete di Distretti di insegnamento in cui devono operare i MMG.

Al momento attuale, dati i limiti previsti nella spesa corrente e la mancata rimozione dei vincoli che limitano le assunzioni stabili, non vi è alcun segnale di inversione di tendenza. Infine, pur riconoscendo che si è avuto quest'anno un incremento delle borse di studio post-laurea, non è stato messo in atto uno stabile e adeguato rapporto fra i diversi Ministeri al fine di rivedere l'impegno delle Università ad adeguare la offerta formativa alle esigenze della popolazione.

Secondo indizio: la lentezza nella ripresa dell'attività ordinaria

Durante la pandemia, gran parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con ricadute negative sulla salute delle persone. La riduzione delle attività ha riguardato quasi tutti i settori: accessi al pronto soccorso, ricoveri programmati, diagnostica, attività ambulatoriale, screening ([Scheda 3](#)). Tale fenomeno, a cui ha concorso indubbiamente anche il timore delle persone a frequentare, in particolare durante la prima ondata epidemica, le strutture sanitarie, ha contribuito a un incremento della mortalità generale oltre che a quella attribuibile al Covid, tale che il numero di decessi nel 2020 è stato il più alto dalla fine dell'ultima guerra!

La ripresa delle attività ordinarie fatica ora a vedersi, e i pazienti si stanno abituando a evitare le strutture pubbliche, per lo più in ristrutturazione e riorganizzazione e ancora impegnate nell'attività vaccinale su fasce di popolazione e nella somministrazione della terza dose a persone fragili, anziani, personale particolarmente esposto. Si ricorre quindi al privato, che, contrariamente alle strutture pubbliche, ha partecipato solo marginalmente alle attività emergenziali e non ha dunque bisogno di grandi riorganizzazioni. Il rischio è che i 500 milioni messi a disposizione per smaltire le liste di attesa siano destinati tutti al privato, anziché a rinforzare la ripresa delle attività nel SSN, indebolendo ulteriormente l'offerta pubblica e aumentando il potere di mercato di molti soggetti privati. Così anche i fondi del PNRR per l'assistenza domiciliare integrata rischiano di essere destinati a erogatori privati anziché a rafforzare la presa in carico globale e integrata da parte dei servizi pubblici.

Terzo indizio: concorrenza sleale

Nel marzo del 2021, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato rivolgendosi al Presidente del Consiglio dei Ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale ha sollecitato: "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante". Vi è anche l'invito a eliminare "... il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari" ([Scheda 4](#)). Questa indicazione si basa su vari elementi:

- ✓ idealizza la concorrenza come strumento *sempre* in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola come "divinità pervasiva" che deve regnare su ogni aspetto della vita (oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...);
- ✓ ignora l'ampia letteratura scientifica che evidenzia come nel settore sanitario i malfunzionamenti dei mercati non solo non permettono di raggiungere il massimo livello di *efficienza* ma producono effetti che vanno a danno delle persone economicamente e culturalmente meno dotate;
- ✓ elimina ogni possibilità programmatica da parte della Regione, rendendo inutilizzabile (per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda) la verifica del fabbisogno di servizi sanitari.

Ci auguriamo che il Governo respinga – come accaduto in passato – una raccomandazione pericolosa che assimila gli ospedali e le Aziende USL alle imprese. Non potrebbe che essere

sleale una concorrenza creatasi per effetto di norme che, da una parte, aprono i rubinetti a favore dei privati e, dall'altra, legano le gambe al pubblico (impedendogli di assumere il personale e vincolandolo all'erogazione di molteplici attività non svolte dal privato: centri ustioni, pronto soccorso, terapie intensive, elisoccorso, reparti malattie infettive...)

Quarto indizio: il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

La lezione della pandemia avrebbe dovuto produrre profonde correzioni al modello di sistema sanitario lombardo (dimostratosi fallimentare nella lotta al Covid) che aveva cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici, affidando l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e aveva instaurato in campo ospedaliero una concorrenza tra settore pubblico e settore privato, fortemente squilibrata a favore del secondo. Tale modello era il frutto di riforme avviate fin dal 1995 dalla presidenza Formigoni e proseguite con la riforma Maroni del 2015. Tale riforma aveva carattere sperimentale ed era soggetta, dopo 5 anni, alla valutazione da parte del Ministero della salute, che ha deciso di delegare tale funzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Con una stringata lettera del 30 luglio scorso, Agenas dà il suo OK preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate minime, cosmetiche correzioni.

Pochi giorni dopo, con l'Intesa Stato-Regioni vengono stabiliti i criteri di autorizzazione e accreditamento degli erogatori privati e pubblici di servizi di assistenza domiciliare, un settore a cui il PNRR destina, nella Missione 6 – Salute, un finanziamento di 4 miliardi ([Scheda 5](#)). Questo strumento può risultare utile se rientra in una cornice pubblica che prevede che il paziente con bisogni di assistenza domiciliare si rivolga al Distretto di appartenenza, che si assume la piena responsabilità della sua presa in carico e la soddisfa con le risorse sanitarie e sociali a disposizione, e che potrà anche ricorrere alle prestazioni di un erogatore privato, autorizzato e accreditato, che il Distretto coordinerà integrandolo con gli altri servizi.

Se, invece, il meccanismo di autorizzazione e accreditamento avviene in assenza di una cornice pubblica che si fa globalmente carico dei bisogni degli assistiti all'interno di una filiera di servizi sanitari e sociali – a partire dalle Case della comunità – si riproduce inevitabilmente la frammentaria (e inaccettabile) situazione lombarda, basata sulla presenza di una molteplicità di agenzie private in competizione fra loro nell'erogazione di prestazioni domiciliari ai pazienti bisognosi.

La Casa della comunità deve rappresentare un tassello fondamentale del Servizio sanitario nazionale, il luogo di integrazione fra sanitario e sociale, accentrato di servizi e nel contempo regia delle attività decentrate; il punto di ingresso alle prestazioni del SSN e alla

valutazione multi professionale. Il Blocco di assunzione del personale – se non definitivamente rimosso – e il contestuale accreditamento di servizi non inseriti nelle competenze del Distretto trasformerebbero una buona idea in una pessima realizzazione, affidando l'accesso ai servizi e l'attività prescrittiva al privato.

Un impegno per i prossimi mesi

In questi ultimi mesi dell'anno vi sono fondamentali scadenze: il Decreto ministeriale per l'identificazione del modello organizzativo della rete territoriale; la legge di bilancio 2022; la legge sulle concorrenze. È pertanto indispensabile correggere rapidamente questi indizi, che delineano una china scivolosa verso una diffusa privatizzazione, messa in atto consapevolmente da alcuni e percorsa – inconsapevolmente – da altri.

La nostra Associazione, con il presente documento e con una serie di iniziative che saranno avviate su diverse problematiche, intende contribuire ad intraprendere la strada giusta del rafforzamento del SSN, consapevole, come ha correttamente affermato la Pan-European Commission on Health and Sustainable Development che *«...la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, **soprattutto nei sistemi sanitari pubblici**, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo»*.



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 1

UNO SGUARDO D'INSIEME

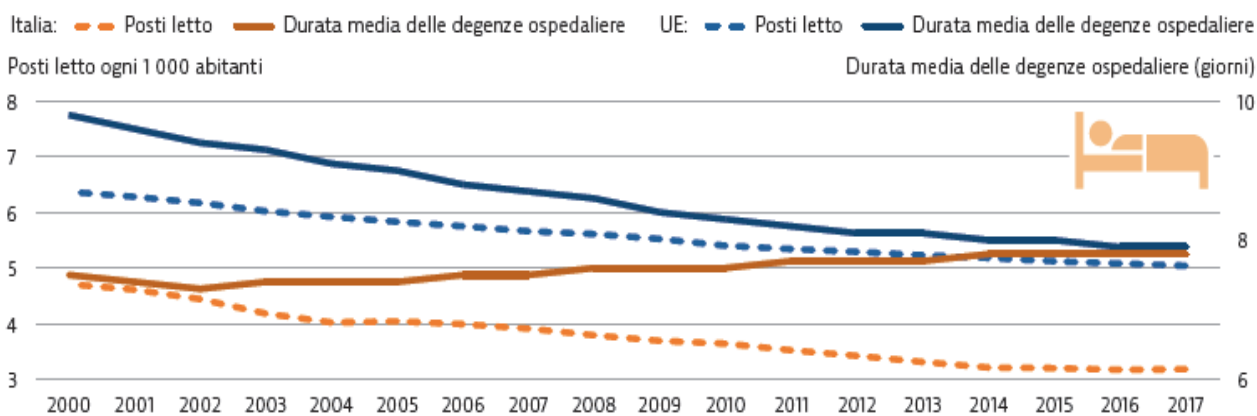
SCHEDA 1: UNO SGUARDO D'INSIEME

1. La riduzione dei posti letto

La riduzione dei posti letto negli ospedali trova la sua ragione nella disponibilità di nuove tecnologie biomediche, nei criteri organizzativi innovativi, nella riduzione di presidi ospedalieri non più adeguati e con volumi di attività che non garantiscono efficacia e sicurezza, nonché nel contenimento dei ricoveri inappropriati dal punto di vista organizzativo.

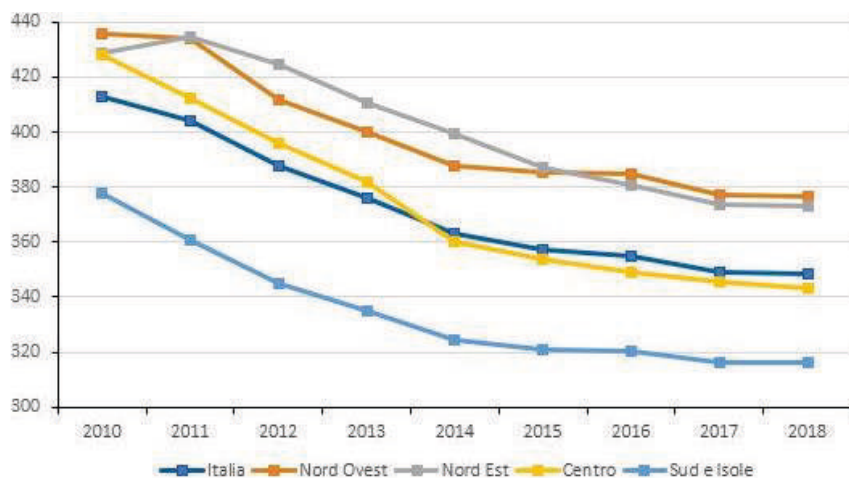
Tale contrazione è stata particolarmente accentuata in Italia (Figura 1) mantenendo peraltro notevoli differenze nelle varie zone del Paese (Figura 2).

Figura 1: Riduzione dei posti letto in Italia dal 2000 al 2017 e confronto con la UE.



Fonte: Banca dati di Eurostat.

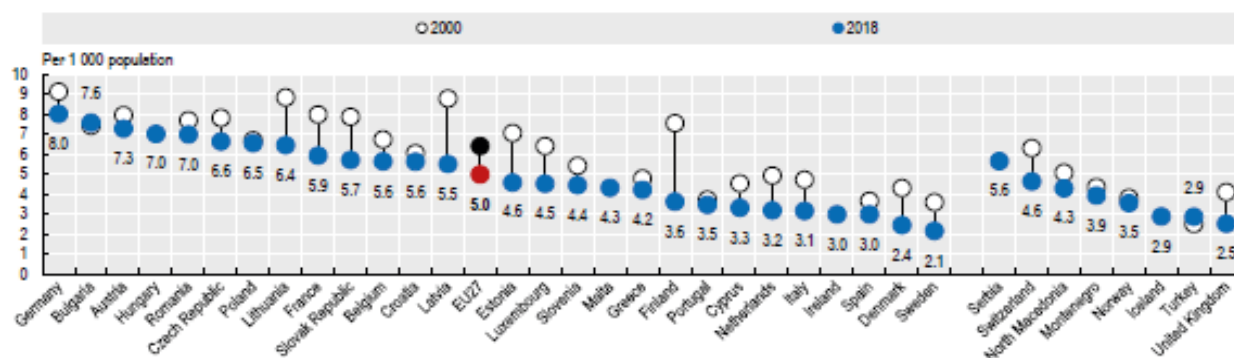
Figura 2: Numero di posti letto per 100.000 ab. in Italia dal 2010 al 2018.



Nota: il dato si riferisce sia ai posti letto negli istituti pubblici che nelle case di cura private accreditate.
Fonte: elaborazione Osservatorio CPI su dati Ministero della Salute, Open Data e Istat

Anche in confronto agli altri paesi europei l'Italia si colloca fra quelli con il tasso più basso di posti letto rispetto alla popolazione: 3,1 posti letto per 1.000 abitanti (anno 2018) rispetto a una media EU 27 di 5.0 (Figura 3).

Figura 3: Posti letto per 1.000 abitanti nei paesi europei - 2000 e 2018



Note: The EU average is unweighted.
Source: OECD Health Statistics 2020, Eurostat Database.

Si tratta di una contrazione che ha interessato, in misura prevalente, la sanità pubblica, mentre ha coinvolto in misura più ridotta la ospedalità privata, che è passata a rappresentare il 20,4% dei posti letto totali attuali rispetto dal 14,7% nel 1981.

La ospedalità privata ha una rilevanza assai diversa da regione a regione (Tabella 1), in relazione a pregresse situazioni (quale la storica presenza della ospedalità cattolica in Lazio) o in conseguenza delle politiche regionali e degli orientamenti degli investitori privati (come si evidenzia in Lombardia).

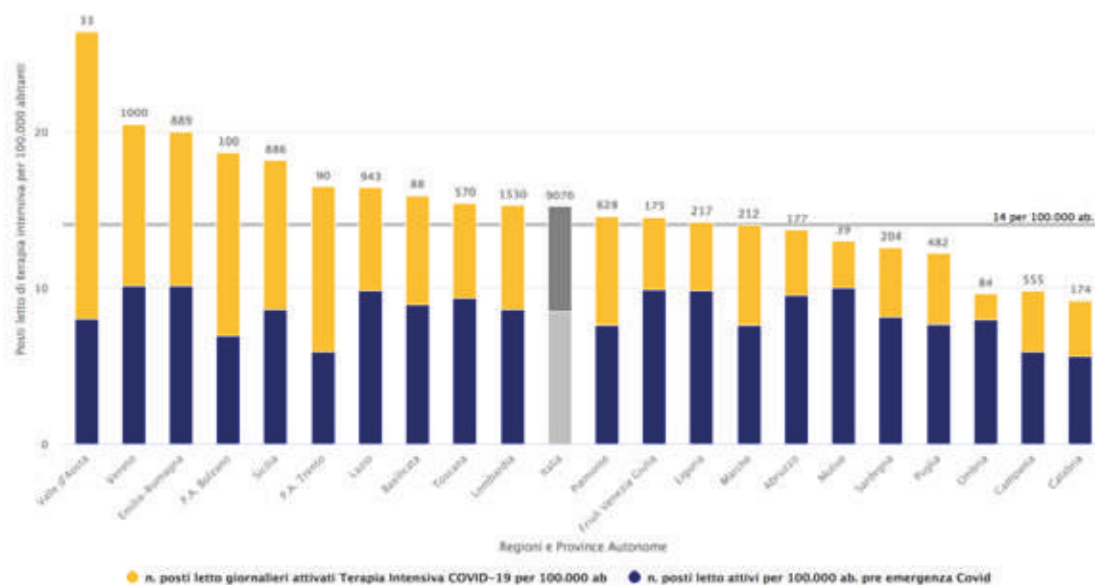
Tabella 1: Posti letto pubblici e privati nelle Regioni (ordinate per % di p.l. privati)

Regione	Posti letto totali	Posti letto privati	Posti letto privati % ²
Lazio	18.431	9.293	50,4
Campania	15.372	6.337	41,2
Lombardia	34.938	13.124	37,6
Molise	1.056	397	37,6
Sicilia	13.961	4.817	34,6
Calabria	4.888	1.666	34,1
P.A. Trento	1896	643	33,9
Piemonte	14.657	4.517	30,8
Puglia	11.646	3.236	27,8
Emilia Romagna	16.453	3.991	24,4
Abruzzo	3.913	927	23,7
Veneto	15.917	3.105	19,5
Sardegna	5.023	953	19,0
Marche	4.615	812	17,6
Toscana	10.340	1793	17,3
Liguria	4.994	844	16,9
V. d'Aosta	451	71	15,7
P.A. Bolzano	1.843	285	15,5
Friuli V.G.	3.833	403	10,5
Umbria	2.882	259	9,0
Basilicata	1.684	40	2,4
ITALIA	188.748	57.513	30,5

Fonte: Ermeneia, Studi & Strategie di sistema, AIOP, OSPEDALI & SALUTE, diciassettesimo rapporto annuale 2019, luglio 2020.

Alla contrazione dei posti letto ospedalieri non ha corrisposto un adeguamento di alcuni servizi strategici, quali le terapie intensive (su cui si è intervenuti solo in conseguenza del Covid – Figura 4), né una strutturata resilienza in termini di attrezzature, percorsi, aree di espansione, flessibilità delle strutture di ricovero.

Figura 4: Posti letto in terapia intensiva al 28 Settembre 2021 e prima del Covid (Fonte: Portale Agenas)



La criticità fondamentale è rappresentata, tuttavia, dal mancato potenziamento della sanità territoriale, che doveva accompagnare (o meglio, precedere) la riorganizzazione della rete ospedaliera e la riduzione dei posti letto: ruolo dei Distretti, realizzazione delle Case della salute, continuità assistenziale, ospedali di Comunità, potenziamento dell’assistenza alle persone anziane e non autosufficienti, rafforzamento dell’assistenza domiciliare, residenze protette...

Anche in tale ambito si evidenziano forti diseguaglianze fra regioni: i posti letto per anziani e non autosufficienti (per 1.000 abitanti) sono in Trentino-Alto Adige 131,5; in Piemonte 115,5; in Liguria 113,2; in Emilia-Romagna 104,4. All’opposto la Calabria ha 38,5 posti letto per 1.000 abitanti; la Puglia 36,4; la Campania 18,5. Un differenziale fra Regioni che si avvicina a 1/10! Tale *gap* di risorse assistenziali non è certo controbilanciato da altre forme assistenziali, se non quelle sommerse e familiari, con notevole carico sulle donne. Infatti, la Calabria assiste (assistenza sanitaria integrata) solo lo 0,4% degli anziani, il Lazio 1,4%, mentre il Veneto offre una copertura al 3,9% e l’Emilia-Romagna al 3,5%.¹

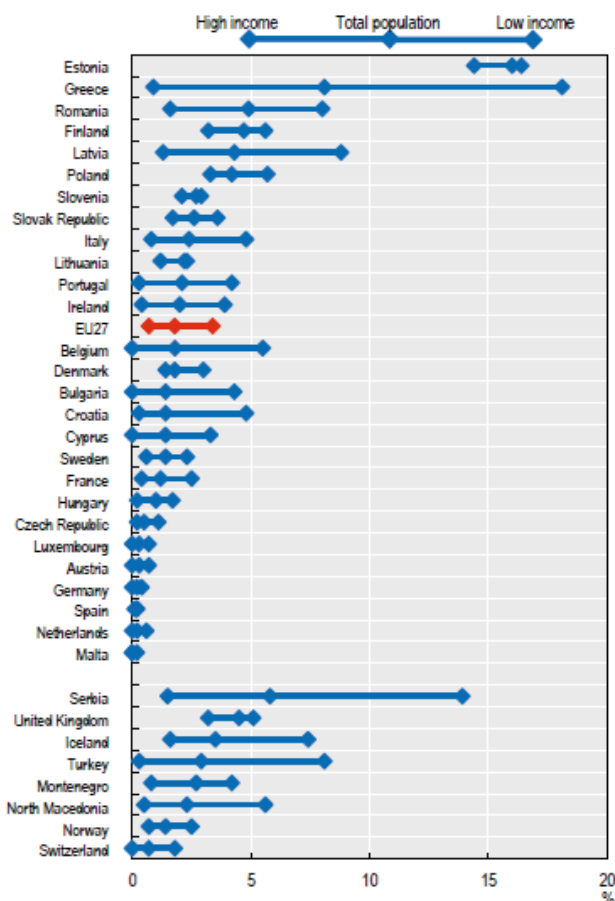
2. La crescita delle diseguaglianze

Nel nostro Paese, le diseguaglianze sono marcate (l’indice GINI nel 2018, prima della pandemia, era 33,4 rispetto a una media OCSE 30,3); si tratta di diseguaglianze territoriali, di genere, e di condizione socioeconomica, che influenzano l’accesso ai servizi sanitari. Ad esempio, la rinuncia ad accertamenti diagnostici – per ragioni economiche, per la lunghezza delle liste di attesa, o per questioni geografiche (distanza dai presidi diagnostici, assenza di un’adeguata presa in carico, difficoltà di movimento, ecc.) – è assai diversificata in Europa e vede l’Italia, a dispetto della universalità del Servizio sanitario, in posizione peggiore rispetto alla media europea (su cui pesano peraltro le condizioni di alcuni paesi prevalentemente

¹ Istat, *Il Benessere equo e sostenibile in Italia* (BES-2020), Roma 2021.

dell'Est europeo e la Grecia). La percentuale di rinunce per tali ragioni è molto più rilevante rispetto ai paesi del centro e nord Europa; si evidenzia anche un'ampia diversificazione in relazione al reddito (Figura 5).

Figura 5: Popolazione (%) che rinuncia ad accertamenti diagnostici per ragioni economiche, liste di attesa, difficoltà geografica di accesso



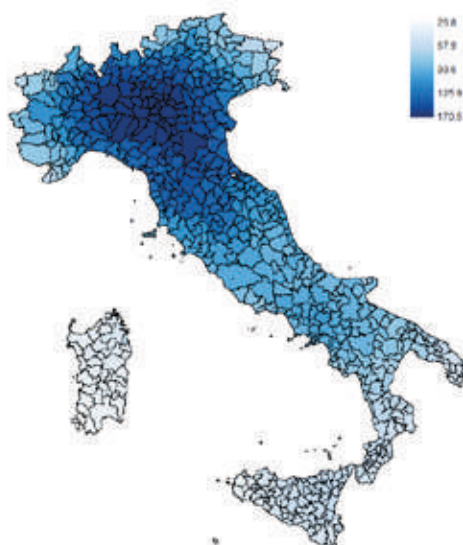
Note: EU weighted average.
Source: Eurostat Database (EU-SILC).

Le difficoltà di accesso sono un altro elemento di disuguaglianza territoriale, non solo per una elevata differenza di reddito fra le varie regioni italiane, ma anche per la disomogenea quantità e qualità delle infrastrutture sanitarie.

A tale proposito, è emblematica la rappresentazione offerta dalla Banca d'Italia², che riportiamo nella Figura 6.

² Banca d'Italia – Eurosystem: I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso, numero 635, Luglio 2021.

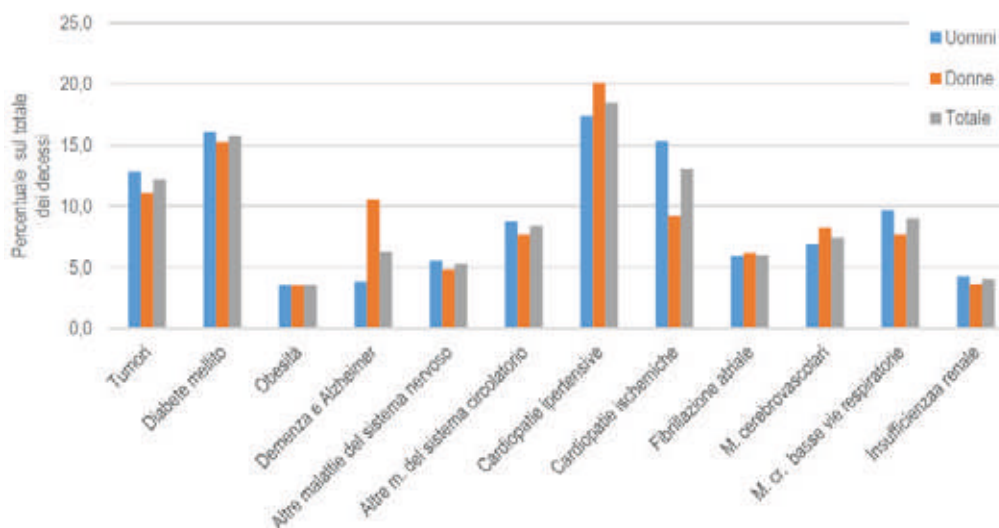
Figura 6: Indice di dotazione di infrastrutture ospedaliere ponderato per la qualità dell'assistenza



(numeri indice, media Italia =100)

Il Covid è stato un ulteriore fattore che ha amplificato le disuguaglianze. Una **Sindemia**, che ha amplificato patologie croniche preesistenti, come ben documentato dalla letteratura scientifica e dalla elevata mortalità delle persone fragili (Figura 7).

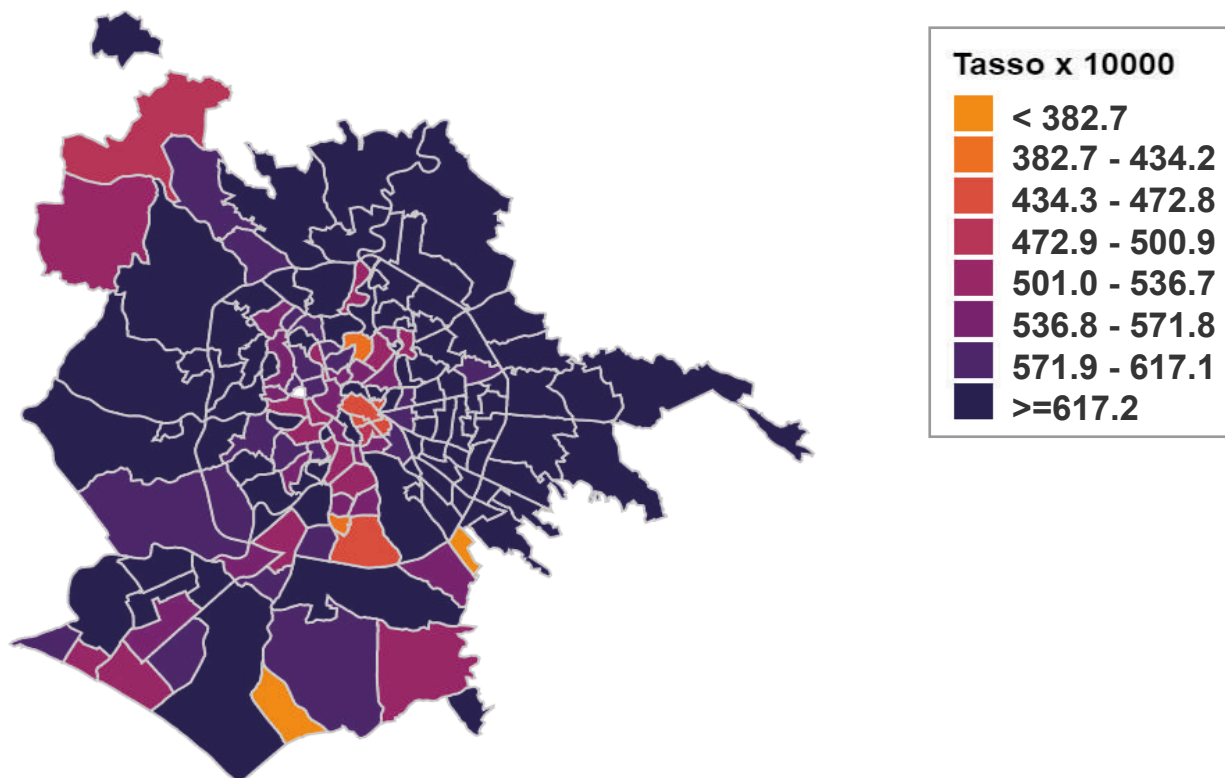
Figura 7 : Concause presenti nelle schede di decesso di pazienti deceduti positivi al SARS-CoV-2; percentuale sul totale dei decessi per genere.



Cronicità, invalidità, multi-patologie, sono elementi che hanno, come noto, una distribuzione dipendente in misura rilevante dai determinati sociali.

La pandemia si è inoltre diffusa in misura più intensa – specie nelle realtà urbane – nelle aree con reddito più basso, come si evidenzia da questa georeferenziazione sulla città di Roma (Figura 8), che evidenzia come i quartieri con reddito più elevato siano i meno colpiti (aree chiare); analoghe immagini si hanno per altre città, come Londra e New York.

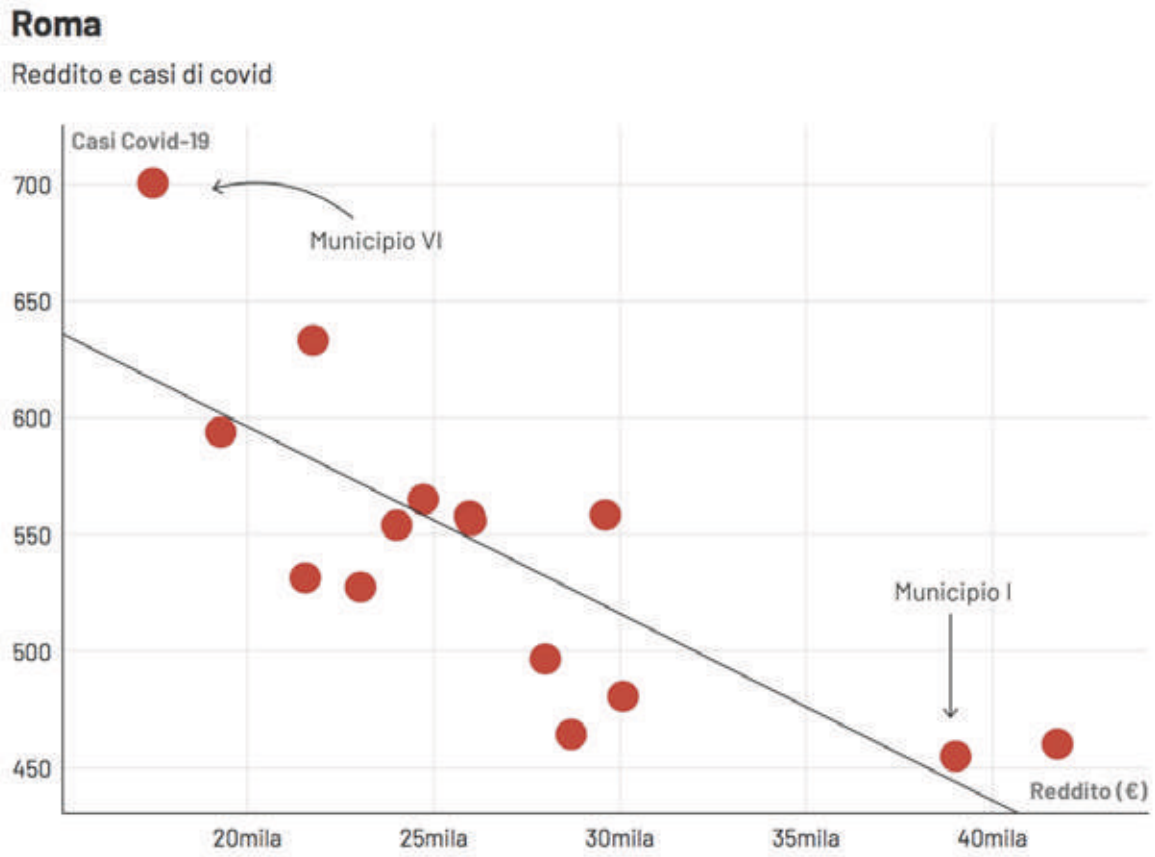
Figura 8: Tassi standardizzati di incidenza cumulativa dei casi di Covid-19 (per 10.000 ab.) nella città di Roma, per zone urbanistiche (al 29/7/2021)



Fonte: https://www.dep.lazio.it/covid/covid_map3_TS.php

La correlazione reddito per Municipi e incidenza del Covid è parametrata nella figura, in cui si evidenzia la consistente "correlazione inversa" fra reddito e incidenza della patologia (Figura 9).

Figura 9: Relazione fra reddito dei vari Municipi di Roma e la incidenza del Covid.

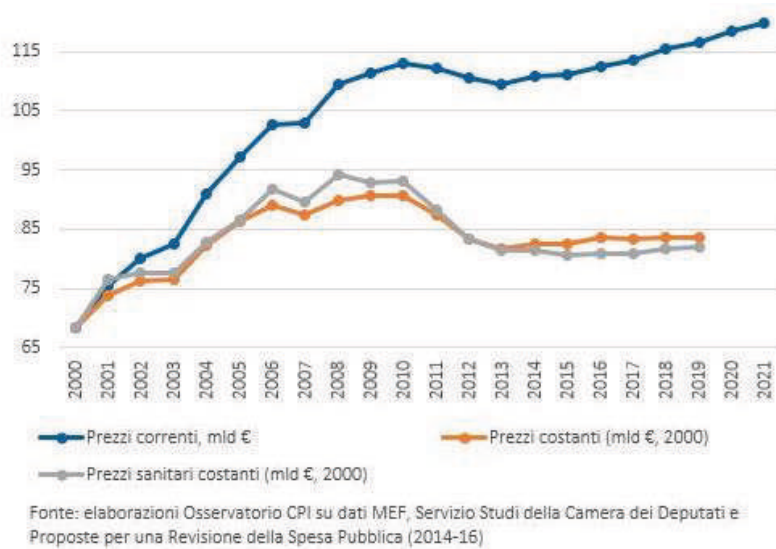


Fonte: D.M. De Luca e F. Teoldi, *Il Covid non è uguale per tutti. Distingue i ricchi dai poveri*, Domani, 9 maggio 2021

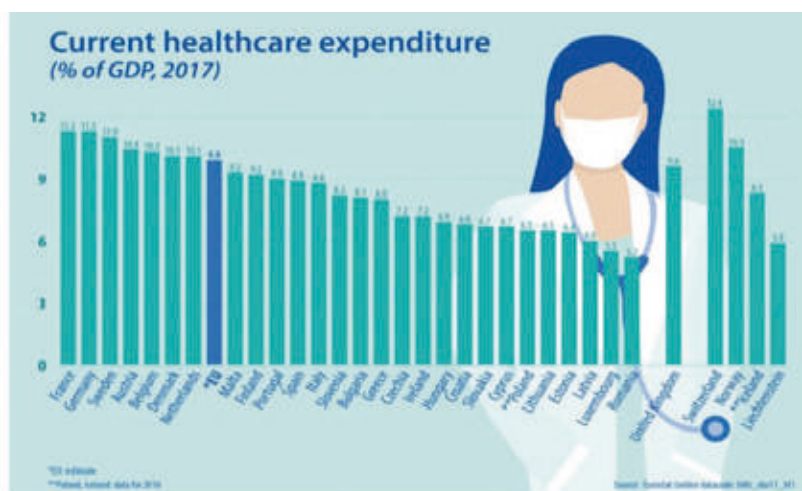
3. La spesa sanitaria

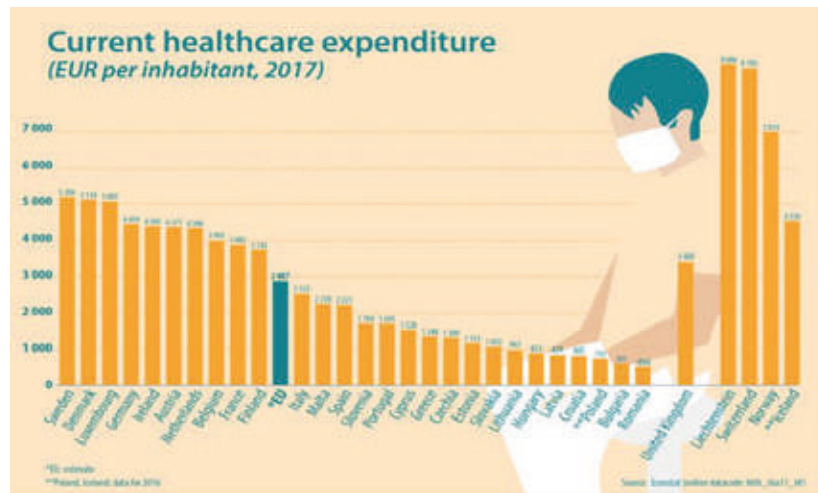
Dopo un periodo di crescita analogo a quanto occorso nei vari paesi europei, nell'ultimo decennio la spesa sanitaria in Italia ha avuto una notevole riduzione in termini reali (Figura 10). Tutto ciò si è tradotto in una riduzione della spesa pro capite reale annua di circa 10 euro, per l'intero decennio, ottenuta in particolare con il taglio del personale. Anche la spesa per investimenti ha subito una riduzione.

Figura 10: La spesa sanitaria pubblica in Italia dal 2000 al 2019
Mld euro



L'Italia si viene così a collocare, rispetto ai Paesi Europei, al di sotto della media sia in rapporto al Pil sia in termini di spesa pro capite, avvicinandosi progressivamente ai paesi dell'Est Europa (Figure 11 e 12)





La spesa sanitaria pubblica è aumentata solo in relazione alla fase pandemica (vedi anno 2020) per poi programmaticamente ridursi in rapporto al Pil, anche in termini reali. (Tabella 2)

Tabella 2: Spesa sanitaria pubblica dal 2020 al 2024

Nadef 2021. Previsioni spesa sanitaria a legislazione vigente					
	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa sanitaria (in mln di euro)	123.474	129.449	125.708	123.554	124.428
Incidenza sul Pil (in %)	7,5	7,3	6,7	6,3	6,1
Variazione spesa (in %)	6,7	4,8	-2,9	-1,7	0,7

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su Nadef 2021



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 2

PRIMO INDIZIO:

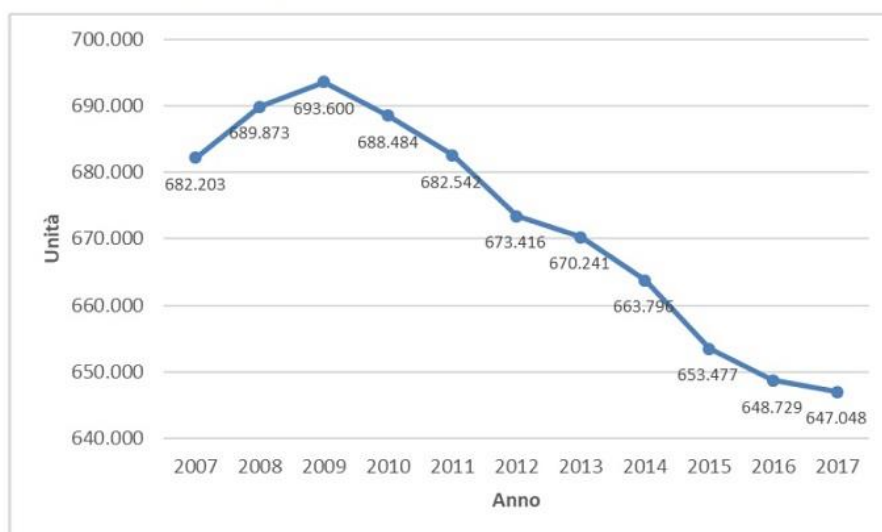
Il personale del SSN al palo

SCHEDA 2. PRIMO INDIZIO: IL PERSONALE DEL SSN AL PALO

1. Il Personale

Il personale del SSN ha avuto una continua riduzione nell'ultimo decennio – come si evince dalla figura 1¹ – solo parzialmente recuperata dalle assunzioni in questo periodo pandemico.

Figura 1: Andamento occupazionale nel SSN nel decennio 2007 - 2017



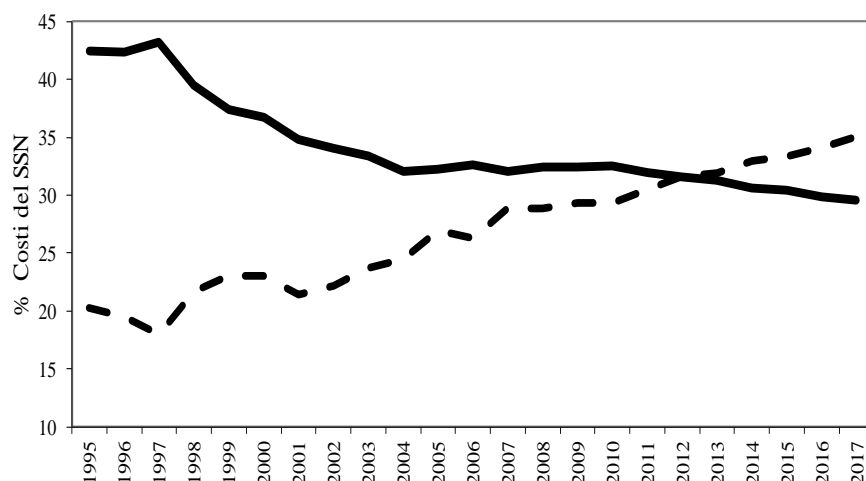
Fonte: Elaborazione dai Conto Annuale, in Rodriquez, QS 20/10/2021.

Il blocco delle assunzioni, applicando indifferenziatamente, per un decennio, la norma che prevedeva una riduzione dell'1.4% della spesa per il personale riferita al 2004² ha comportato contestualmente un incremento della spesa per beni e servizi, con l'esternalizzazione di molteplici funzioni e un ampio ricorso a forme di precariato (Figura 2).

¹ Giovanni Rodriquez, Quotidiano sanità, 2019.

² DL 98/2011 (L. 111/2011) art, 17, comma 3-bis.

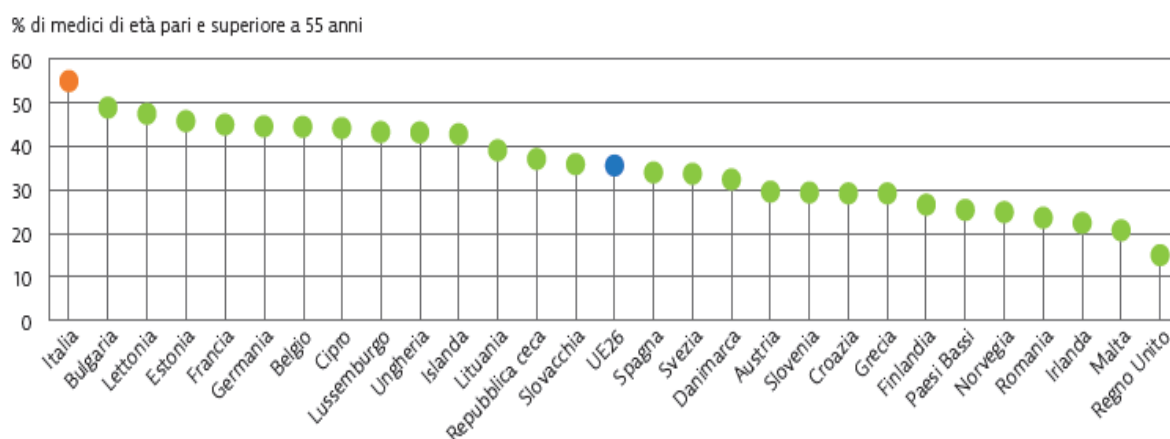
Figura 2: Andamento della spesa per personale e per Beni e servizi anni 1995 - 2017



Fonte: elaborazione dati MEF, RGS a cura di N. Dirindin e E. Caruso

La conseguenza della mancata assunzione si riflette anche sull'età media di medici e infermieri. L'età media dei medici è la più elevata fra i paesi europei e determinerà, inoltre, una ondata di pensionamenti nei prossimi anni (Figura 3)³

Figura 3: Età media dei medici nei paesi europei, anno 2017

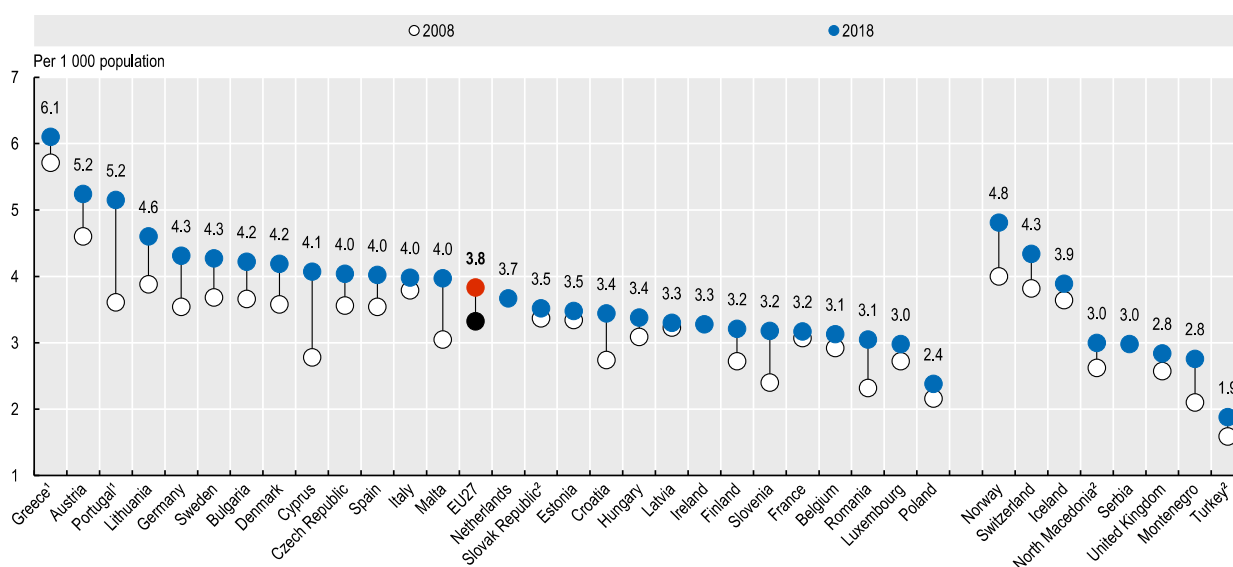


Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE e banca dati di Eurostat (i dati si riferiscono al 2017).

Attualmente, nel nostro Paese il numero dei medici rispetto alla popolazione è nella media europea (Figura 4), ma si deve tener conto dell'età e della non occupazione di professionisti che rientrano in tale computo.

³ Relazione di Carlo Palermo al Congresso nazionale ANAIO – ASSOMED, Rimini, 14 settembre 2021

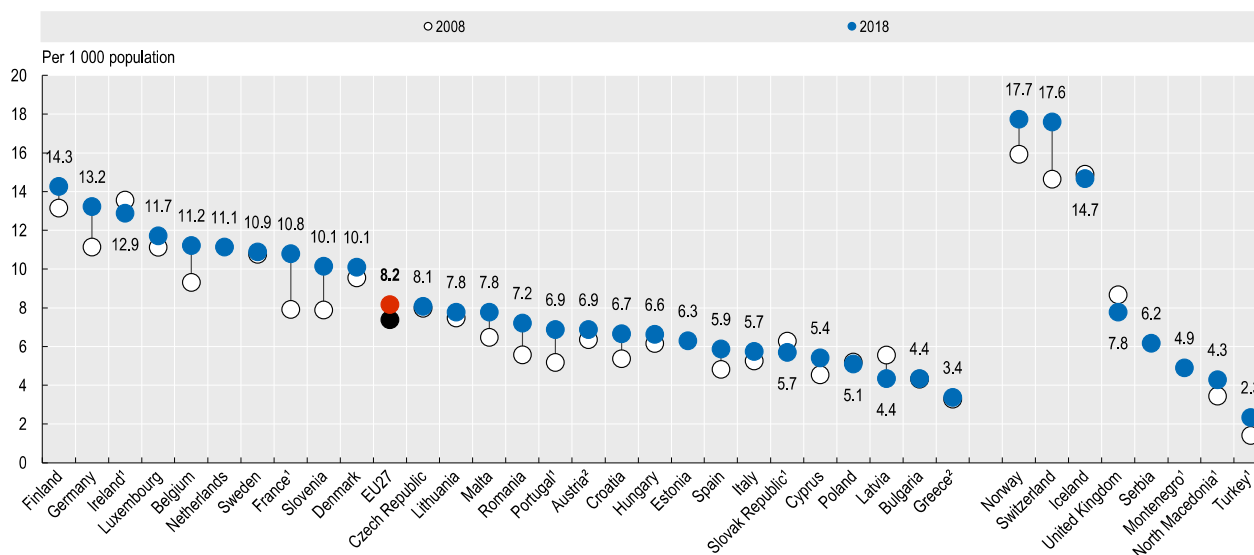
Figura 4: Medici per 1.000 abitanti nei paesi dell'EU e in area Europa. Anni 2008 e 2018



Fonte: OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

La questione più rilevante è rappresentata tuttavia dalla carenza di personale infermieristico, che colloca l'Italia nel fanalino di coda fra i paesi europei. (Figura 5)

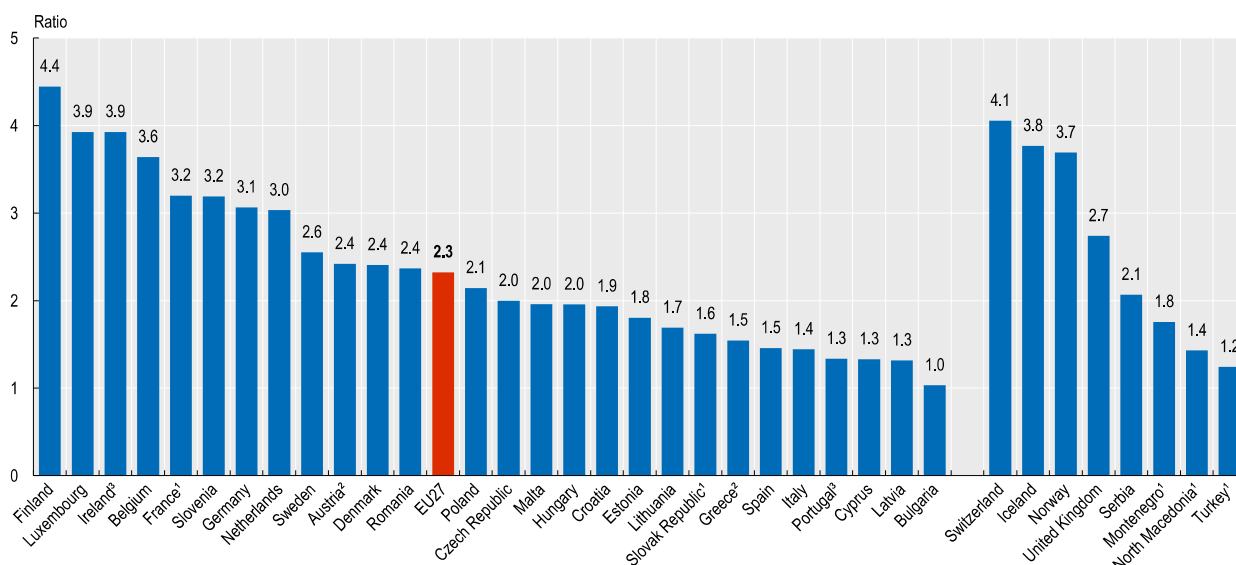
Figura 5: Infermieri per 1.000 abitanti nei paesi dell'EU e in area Europa. Anni 2008 e 2018



Fonte: OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Da ciò consegue che il Rapporto Infermieri/Medici in Italia è di 1,4, a fronte di una media europea di 2,3, mentre in Belgio, Francia, Germania è superiore a 3.

Figura 6: Rapporto Infermieri/Medici – Anno 2018



Fonte: OECD/European Union (2020), *Health at a Glance*, op. cit.

Conseguentemente, per arrivare al rapporto infermieri/popolazione di varie ragioni europee, sarebbe necessario programmare, nel prossimo decennio, un rilevante impegno sia formativo che occupazionale per la professione infermieristica, come esemplificato in Figura 7.

Figura 7: Numero di infermieri da assumere in Italia per raggiungere il rapporto infermieri/popolazione prossimo a quello di Austria, Regno Unito, Francia, Germania, Svizzera.



Fonte: elaborazioni M. Geddes, *La salute sostenibile*, Il Pensiero Scientifico

Nel corso della pandemia è stato attuato un notevole impegno per assumere personale; tra marzo 2020 e aprile 2021 risultano essere stati reclutati 83.180 operatori. Tuttavia, si tratta di soluzioni emergenziali nella gran maggioranza dei casi (66.029 professionisti); le assunzioni a tempo indeterminato hanno riguardato solamente il 12,5% dei medici, il 27,4% degli

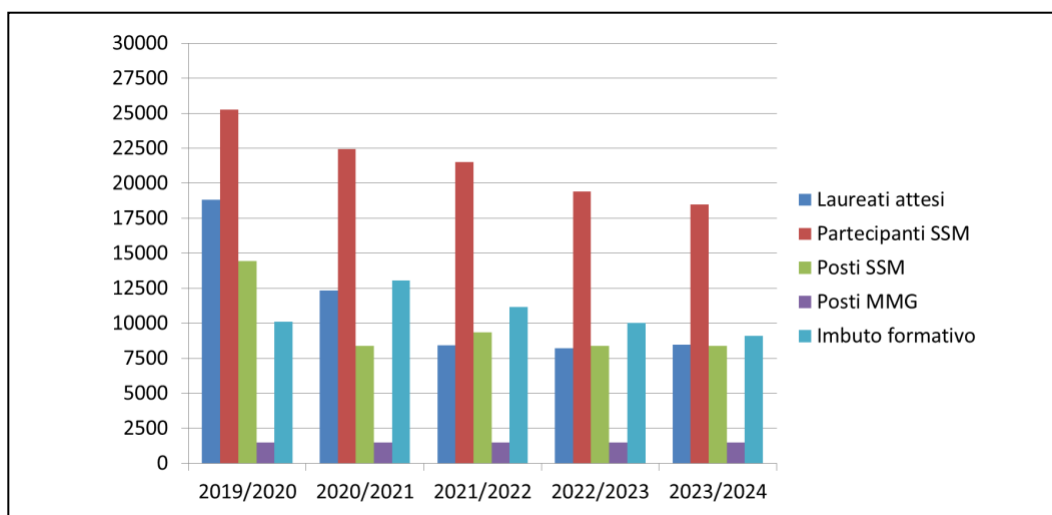
infermieri, il 23,7% delle altre figure professionali⁴.

2. La Formazione

La mancata pianificazione della formazione di medici (Corso di laurea in medicina) e delle Scuole di specializzazione rischia di provocare alternativamente o un imbuto formativo, come avviene attualmente – ovvero il *gap* tra numero di accessi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di borse per la Medicina Generale e contratti specialistici – o, nel prossimo decennio, un imbuto lavorativo (con una pletera di medici specialisti con difficoltà di impiego stabile per le mutate condizioni del mercato del lavoro in sanità a causa dell'esaurimento della "gobba previdenziale").

Infatti, l'incremento di posti nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia ha un effetto sul mercato del lavoro dei medici a distanza di 10 – 12 anni, quando le condizioni occupazionali sono mutate, mentre il problema attuale si focalizza (malgrado alcuni incrementi di Borse di studio grazie all'intervento del Ministro della Salute) sull'imbuto formativo (Figura 8)⁵.

Figura 8: Andamento dell'imbuto formativo tra il 2020 e il 2024.



I laureati attesi per il 2020 sono dati dalla somma della stima dei laureati nell'AA precedente e il 50% di quella nell'AA in corso, per effetto della nuova laurea abilitante; per gli anni successivi i laureati attesi sono dati dalla somma del 50% della stima dei laureati nell'anno precedente e il 50% di quella dell'anno in corso. Sono considerati solo i contratti di formazione specialistica attualmente finanziati. Le proiezioni dal 2020 delle borse per la Medicina Generale rappresentano una stima. Con "Posti SSM" sono indicati i contratti finanziati dallo Stato, dalle Regioni e dai privati. Viene stimato un 5% annuo di contratti persi per abbandono o rinuncia.

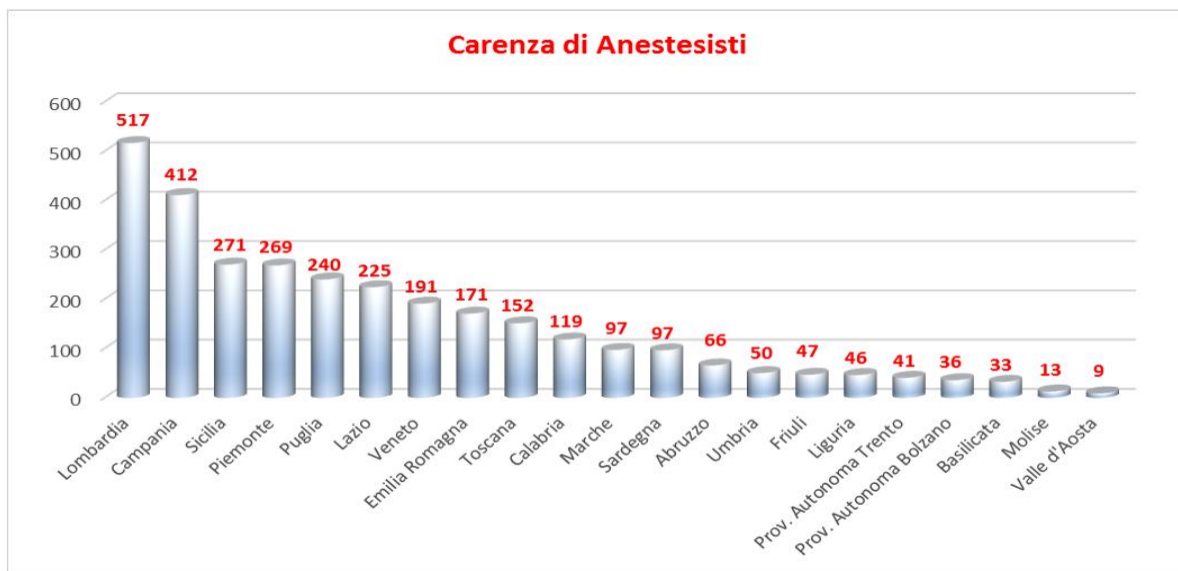
Tale situazione è aggravata dal fatto che, per alcuni settori carenti (ad esempio la terapia Intensiva), le richieste di ammissione alle Scuole di Specializzazione risultano inferiori rispetto

⁴ I dati sono stati presentati dalla Fiaso, che propone di assumere i precari reclutati durante l'emergenza Covid ("Assumere i 66mila precari reclutati durante emergenza Covid". La proposta di Fiaso. Quotidiano sanità, 8 Ottobre 2021).

⁵ Carlo Palermo, Pierino Di Silverio, Matteo D'Arienzo, Fabio Ragazzo, Costantino Troise,, Studio Anaa Assomed: Dall'abbattimento dell'imbuto formativo alla riforma della formazione medica: una svolta ineludibile per il Ssn. 28 settembre 2020.

alle disponibilità di posti, in ragione delle condizioni di lavoro (e dei salariali) di tali settori in cui, fra l'altro, l'attività *intramoenia* è di fatto più limitata rispetto ad altre professioni (Figura 9).

Figura 9: Carenza di Anestesisti nelle singole regioni considerando sia il saldo tra uscite previste per pensionamento e possibilità di sostituzione con neo-specialisti che l'incremento dei posti letto in base al DL "Rilancio".



Fonte: Studio ANAAO – ASSOMED. Dicembre 2020.



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)

SCHEDA 3

SECONDO INDIZIO:

La lentezza nella ripresa dell'attività ordinaria

SCHEDA 3: SECONDO INDIZIO: LA LENTEZZA NELLA RIPRESA DELL'ATTIVITÀ ORDINARIA

La pandemia ha orientato necessariamente il Servizio sanitario su tale emergenza, riducendo la sua capacità a rispondere ai molteplici bisogni di salute, con conseguente diminuzione delle attività di screening, dei ricoveri programmati, degli accertamenti diagnostici; conseguentemente di sono dilazionati anche i controlli previsti nel *follow-up* dei pazienti.

Si è assistito a un ulteriore allungamento delle liste di attesa, un problema già presente nel sistema sanitario pubblico per motivi organizzativi ma, in gran parte, a causa della progressiva carenza di personale. Molte persone si sono necessariamente orientate verso la sanità privata o hanno rinunciato, anche per il conseguente costo, alle prestazioni.

Le testimonianze che ci pervengono dagli operatori sono estremamente preoccupanti (anche riguardo a patologie tempo dipendenti, per i tumori, per le attività di screening, ecc.) e i dati di prescrizione di farmaci indicano un ridotto trattamento o flessione nell'accesso ai servizi, anche per patologie rilevanti.¹

Un recente Report², utilizzando i dati del Rapporto 2021 del Coordinamento Finanza Pubblica Corte dei Conti e i dati Ministero della salute, ci offre un quadro della riduzione di prestazioni nel 2020 in confronto all'anno 2019.

Tabella 1: Differenziale ricoveri ospedalieri; 2019 – 2020 (DRG Medici e Chirurgici – Volumi di attività)

variazioni Volumi				variazione Valore (in milioni di euro)		
Ricoveri	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Urgenti	-460.599	-93.524	-554.123	-664,5	-449,9	-1.114,4
Programmati	-221.253	-525.758	-747.011	-390,1	-2.205,1	-2.595,2
Totale	-681.852	-619.282	-1.301.134	-1.054,6	-2.655,0	-3.709,5

¹ Graziano Onder et al., Under-prescription of direct oral anticoagulants for treatment of non-valvular atrial fibrillation and venous thromboembolism in the COVID-19 lockdown period, European Journal of Preventive Cardiology doi:10.1093/eurjpc/zwab096, 2021

² Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri (a cura di): Le cure mancate nel 2020, Salute Equità, 4° Report.

Tabella 2: Differenziale ricoveri ospedalieri programmati, DRG afferenti a discipline chirurgiche; 2019 – 2020 (DRG Medici e Chirurgici – Volumi di attività)

Specialità chirurgiche	variazioni Volumi			variazione Valore (in milioni di euro)		
	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale	DRG Chirurgici	DRG Medici	Totale
Chirurgia generale	-128.784	-9.685	-138.469	-404,4	-18,4	-422,8
Chirurgia naso-bocca- faringe	-41.366	-3.328	-44.694	-74,6	-2,0	-76,6
Chirurgia vascolare	-24.737	-1.503	-26.240	-132,7	-3,8	-136,5
Chirurgia dell'orecchio	-5.644	-341	-5.985	-11,5	-0,2	-11,7
Cardiochirurgia	-5.947	-8	-5.955	-131,1	0,0	-131,1
Chirurgia sistema respiratorio	-5.102	-594	-5.696	-22,0	-0,3	-22,3

Tabella 3: Differenziale prestazioni ambulatoriali per categoria, anni 2019 – 2020. Volumi e valori

	Var. volume prestazioni strutture private strutture		var volume prestazioni strutture pubbliche		var in valore (in milioni di Euro)	
	n. in migliaia	comp %	n. in migliaia	comp %	Strutture private	Strutture pubbliche
Diagnostica	-3.834,3	26,9	-16.238,4	12,5	-179,3	-632,8
Laboratorio	-2.895,9	20,3	-87.556,4	67,2	-11,9	-435,4
Riabilitazione	-3.794,2	26,7	-4.519,0	3,5	49,5	-62,3
Terapeutica	-1.960,1	13,8	-5.068,0	3,9	-103,7	-428,6
Visite	-1.748,6	12,3	-16.947,7	13,0	-33,8	-297,0
Subtotale	-14.233,1	100,0	-130.329,6	100,0	-279,2	-1.855,9
Totale			-144.563		-2.135,1	

Al momento attuale (Ottobre 2021), non solo non si è realizzata una ripresa di attività capace di migliorare la recettività del Servizio e ridurre i tempi di attesa rispetto alla fase pre-Covid, ma non sono stati neanche ripristinati gli standard a cui i servizi erano pervenuti nel 2019.

Di conseguenza, tale situazione fa sì che coloro che possono (e anche coloro che non potrebbero ma lo fanno con forti sacrifici, rinunciando ad altri importanti beni) ricorrano di necessità – e non per scelta – al sistema sanitario privato.

Questa situazione si è tradotta anche in un aumento dei decessi, oltre al tragico apporto causato dal virus.

Nel 2020, il totale dei decessi per il complesso delle cause è stato il più alto mai registrato nel nostro Paese dal secondo dopoguerra: 746.146 decessi! Si tratta di ben 100.526 decessi in più (15,6% di eccesso) rispetto alla media 2015- 2019³.

Il personale del SSN è ancora impegnato sul fronte Covid: diagnosi, attività laboratoristica, tampini, ricoveri ordinari e in terapia intensiva; è stata avviata nuova fase vaccinale (terza dose) per varie categorie di persone. Siamo inoltre in presenza di un'ampia casistica di long Covid con molteplici sintomatologie e necessità di accertamenti, riabilitazione; un impegno rilevante impregna i servizi di salute mentale, anche in relazione agli effetti del *lockdown* e alle ansie che la pandemia ha suscitato: isolamento, paura per sé e i propri cari, problemi economici, ecc.

Il servizio pubblico ha pertanto bisogno di una forte iniezione di nuove energie, di una prospettiva di crescita per i prossimi anni.

³ Istat – ISS: Impatto dell'epidemia covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. anno 2020 e gennaio-aprile 2021,
https://www.iss.it/documents/20126/0/Report_ISS_Istat_2021_10_giugno+%281%29.pdf/3df35cd3-edd5-56e1-5867-d274f5032fb5?t=1623336923282



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 4

TERZO INDIZIO:

Concorrenza sleale

SCHEDA 4: TERZO INDIZIO: CONCORRENZA SLEALE

Nel marzo 2021, l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato si è rivolta al Presidente del Consiglio dei ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale¹. Gli estensori di tale documento non ritengono che il rafforzamento del sistema sanitario si debba attuare con adeguati finanziamenti opportunamente orientati, con la formazione e assunzione di personale, con un potenziamento della ricerca, con una profonda riforma della sanità territoriale; ipotizzano che ciò sia invece da perseguire con un "efficientamento" tramite "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante".

L'Autorità invita inoltre la Presidenza del Consiglio ad eliminare "...il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari... modificando l'artt. 8-ter, comma 3, del d. legs. 30 dicembre 1992 n. 502 prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari."

In sostanza, ci troviamo di fronte all'onda lunga di quella ideologia neoliberista ben inserita nella finanza e in alcuni organismi internazionali, quando la Banca Mondiale criticava l'indirizzo dei paesi di considerare l'assistenza sanitaria un diritto di cittadinanza tendendo così di fornirla gratuitamente² e il Trade in Service Agreement (TiSA) identificava «un potenziale enorme ancora non sfruttato per la globalizzazione dei servizi sanitari; sino ad ora questo settore di servizi ha giocato solo un ruolo ridotto negli scambi internazionali», e "lamentava" pertanto che «ciò è dovuto al fatto che i sistemi sanitari sono finanziati ed erogati dallo Stato o da enti assistenziali e non sono di nessun interesse da parte degli investitori stranieri a causa dell'assenza di finalità commerciali»³.

L'ipotesi di un sistema misto, con un privato sostenuto da un sistema assicurativo parallelo a quello pubblico, pone problemi di efficienza e di equità.

Sotto il profilo dell'**efficienza** e dell'obiettivo, spesso avanzato, di contenere la spesa complessiva – o, quantomeno, la componente pubblica –, vi sono molteplici evidenze contrarie (oltre al dato empirico sulla spesa dei sistemi misti di vari Stati). Infatti, vi sono potenziali criticità connesse alla sovra diagnosi e all'induzione di un consumismo sanitario che non si esaurirebbe nell'ambito della popolazione assicurata, né tanto meno nei percorsi diagnostico-terapeutici coperti da polizze e fondi sanitari.

Svariati studi dimostrano che, nell'ambito dei sistemi misti, la spesa sanitaria complessiva aumenta e il settore pubblico non ne beneficia in termini di riduzione delle liste di attesa, di utilizzo dei servizi, e di riduzione dei costi, come ben evidenzia anche un'ampia rassegna sulla

¹ Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. Segnalazione ai sensi degli artt. 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287 in merito a: Proposte di riforma concorrenziale, ai fini della Legge Annuale per il Mercato e la Concorrenza, anno 2021. Inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri. ^[1]_[SEP]

² Banca mondiale, Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform, Washington DC, 1987, disponibile su documents.worldbank.org/curated/en/468091468137379607/pdf/multi-page.pdf.

³ Secret Trade in Services Agreement (TiSA). A Concept Paper on Health Care Services within TiSA Negotiations, Ginevra, settembre 2014, disponibile su awp.lu/data/international/18/tisa_health.pdf

complessiva tematica della previdenza sanitaria integrativa⁴.

In uno studio francese sono stati valutati i soggetti che avevano un'assicurazione supplementare privata (oltre a quella obbligatoria), rivelando che facevano registrare un numero più elevato di visite specialistiche.⁵ Anche in Germania, la diffusione in alcuni settori occupazionali di una assicurazione privata in aggiunta a quella obbligatoria portava a un incremento dei servizi consumati e ad un effetto *feedback* fra le due componenti⁶. Un più recente studio effettuato in Danimarca ha evidenziato che l'effetto di un'assicurazione privata su base occupazionale incrementava gli accessi ambulatoriali dal 17,9% al 23,3% e la probabilità di ospedalizzazione dal 5,1% all'8,5%⁷. Sul tema è stato predisposto un Rapporto dell'Oecd⁸ che mette in luce come il controllo dei costi sia assai più problematico in sistemi con multipli competitori e come il mercato delle assicurazioni private risulti in un incremento dei costi sanitari complessivi nella gran maggioranza dei Paesi dell'Oecd.

Sotto il profilo dell'**equità**, un tale sistema va a danno delle persone meno dotate economicamente e culturalmente. Inoltre, il sistema privato si fonda, per un suo potenziale sviluppo, sul sistema assicurativo sostenuto da forme di welfare aziendale fortemente incrementate dai benefici fiscali. Un onere per la collettività (tax free) che inevitabilmente privilegia alcuni settori professionali: le occupazioni stabili, i territori in cui i livelli occupazionali sono più alti, le aziende di maggiore dimensione.

Inoltre, sotto il profilo della concorrenza, si tratta di una "concorrenza sleale".

Infatti, restano a carico del servizio pubblico (in parte inevitabilmente) le attività di maggiore impegno e tutta l'area dell'emergenza: centrale 118, trasporti, elisoccorso, ecc.

Basta confrontare l'impegno pubblico e quello privato in fase pre-Covid: gli ospedali pubblici con Pronto soccorso sono 414, quelli privati 28; i Pronto soccorso pediatrici pubblici sono 28, i privati 3. Sono solo pubblici anche i reparti definiti "critici", con i seguenti posti letto: Centri ustioni, 133 posti letto; Oncematologie pediatriche, 319 posti letto; Malattie infettive, 2.738 posti letto. Altri servizi sono prevalentemente pubblici, e fra questi le Terapie intensive: 4.694 posti letti pubblici e 396 privati⁹.

A ciò si aggiunga che, mentre il privato non ha vincoli, al settore pubblico sono state poste molteplici restrizioni nell'assunzione di personale, che impediscono un pieno utilizzo delle disponibilità diagnostiche e terapeutiche e una riduzione delle liste di attesa.

⁴ Piperno A. La previdenza sanitaria integrativa: configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy. Rapporto elaborato su richiesta dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia di Roma. Giugno 2017

⁵ Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, et al. Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Econ* 2004; 13(7): 669-87.

⁶ Vargas MH, Elhewaihi M. What is the impact of duplicate coverage on the demand for health care in Germany? Institute for Advanced Development Studies, Development Research Working Paper Series No. 10/2008, December 2008.

⁷ Kiil A. Does employment-based private health insurance increase the use of covered health care services? A matching estimator approach. *Int J Health Care Finance Econ* 2012; 12(1): 1-38.

⁸ Colombo F, Tapay N. Private health insurance in oecd countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *Oecd Health Working Papers* no. 15, 2004.

⁹ Ministero della salute, Direzione generale della digitalizzazione del Sistema informativo sanitario e della statistica, Ufficio di statistica. *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN Anno 2017*. Roma, luglio 2019.

Di fatto, la richiesta avanzata dal Garante della Concorrenza, qualora accolta, eliminerebbe ogni possibilità programmatica da parte della Regione, rendendo inutilizzabile, per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda, la verifica del fabbisogno di servizi sanitari.

Dietro a tale "pretesa" vi è una idealizzazione della concorrenza come strumento *sempre* in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola come "divinità pervasiva" che deve regnare su ogni aspetto della vita: oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)

A S S O C I A Z I O N E **32**

Salute

diritto fondamentale

SCHEDA 5

QUARTO INDIZIO:

Il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

SCHEDA 5: Quarto indizio: il modello lombardo e l'idea di sanità territoriale

Il modello lombardo ha offerto un evidente esempio di privatizzazione della sanità,¹ promuovendo un Servizio sanitario regionale basato su due capisaldi: libertà degli enti privati di scegliere quali servizi erogare (mentre il pubblico deve obbligatoriamente garantire tutta la gamma dei servizi necessari) e libertà di scelta del cittadino che, di fronte a una offerta non programmata e concorrenziale fra diversi attori, diventa sostanzialmente un acquirente.

Questa pandemia ha evidenziato tutte le criticità di tale impostazione, rilevando non solo l'impovertimento della sanità territoriale, ma le caratteristiche proprie di una visione mercantilistica, frammentata, e basata sulla erogazione di singole prestazioni.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) dovrebbe offrire una fondamentale occasione per indirizzare la sanità verso i principi fondativi della legge istitutiva del Servizio sanitario e adeguarla all'attuale realtà epidemiologica e sociale.

Assistenza sanitaria territoriale. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e le criticità nella sua applicazione.

PNRR e Salute (Missione 6)

¹ Maria Elisa Sartor, La privatizzazione della sanità lombarda dal 1995 al Covid-19. Un'analisi critica, 2021

Area di intervento: Salute

Obiettivi generali

La Missione 6 mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura dei cittadini, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica. In particolare la strategia intende:

- rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;
- ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- individuare un centro di eccellenze per le epidemie.

Quadro delle risorse. Missione 6 (MILIARDI DI EURO)	
M6. SALUTE	Totale
M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	7,00
M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9,63
Totale Missione 6	15,63

La M6C1 del PNRR si occupa di Reti di prossimità, strutture intermedie, e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: "Gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari". Come si può notare nella tabella sottostante, il Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale si vede assegnare 7 miliardi di euro, suddivisi in tre diversi investimenti: 1. Case della Comunità; 2. Assistenza domiciliare; 3. Ospedale di Comunità.

M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

Ambiti di intervento/Misura	Totale
1. Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale	7,00
Investimento 1: L'istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario	2,00
Investimento 2: la casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie	4,00
Investimento 3: il potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità).	1,00
Totale Componente	7,00

Per ciascuno dei 3 "investimenti" riportiamo parte del testo contenuto nel PNRR.

1. Case della Comunità.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, e potrà ospitare anche assistenti sociali. È finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso una infrastruttura informatica, un punto prelievi, e la strumentazione polispecialistica. Ha inoltre il fine di garantire la presa in carico della comunità di riferimento. L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

2. Casa come primo luogo di cura. Assistenza domiciliare.

L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. L'obiettivo di raggiungere il 10% riguarda ogni regione italiana, nella consapevolezza che la situazione di partenza è molto differenziata e che tale standard, attualmente, è raggiunto solo in quattro 4 regioni. La presa in carico del paziente si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell'assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata. L'investimento mira a:

- identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- attivare 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

3. Sviluppo delle cure intermedie

L'investimento mira ad attivare l'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Di norma, è dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40) ed è a gestione prevalentemente infermieristica, così da contribuire a una maggiore appropriatezza delle cure e determinare una sostanziale riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni (come quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero). L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo alle famiglie e alle strutture di assistenza di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di circa 380 Ospedali di Comunità.

Quale idea di sanità territoriale.

Il PNRR, a proposito di sanità territoriale, tocca **tre temi cruciali**. Tuttavia, non specifica in quale cornice organizzativa e strategica questi investimenti si collocano.

- **In una cornice pubblica.** Con una struttura organizzativa forte, quale ad esempio il Distretto disegnato dalla legge 299/99 dotato di una autonomia gestionale, baricentro e motore per l'assistenza territoriale, e da cui dipendono strutture e professionisti sanitari, compresi i Medici di Medicina Generale, e i professionisti sociali, al fine di promuovere e incentivare il lavoro in equipe multiprofessionali. Una struttura, il Distretto, in grado di tenere insieme i tre suddetti investimenti in una logica di solida integrazione tra sanitario e sociale e all'interno di una programmazione locale basata sui bisogni sanitari e sociali della popolazione².
- **O in una cornice privata.** Dove predomina la logica della produzione di prestazioni, chiunque sia il produttore (sottinteso quasi esclusivamente privato). Con i produttori che si muovono in competizione tra loro e con il settore pubblico che si limita a esercitare una funzione di controllo amministrativo e al massimo di coordinamento. Chi ha redatto il PNRR sembra aver in mente questa seconda cornice affermando che "l'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare" e prevedendo l'attivazione di "602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari", come se questa funzione non facesse parte dei compiti principali della

² <https://www.saluteinternazionale.info/2020/07/il-distretto/>

direzione distrettuale (a cui, in questa cornice, si vogliono affidare solo compiti amministrativi – vedi modello lombardo)³.

Ma, al di là delle supposizioni, il PNRR per ora non fa una scelta tra le due possibili opzioni e rimanda “l’identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e le strutture a essa deputate” all’approvazione di un decreto ministeriale (da adottarsi entro il 31 ottobre 2021).

Il nodo della Medicina generale

Il rinnovamento dell’assistenza territoriale richiesto dal PNRR passa inevitabilmente da una profonda riforma della Medicina generale. La pandemia – al di là dell’impegno e talvolta dell’eroismo di singoli medici di medicina generale – ha messo a nudo l’arretratezza storica di questa categoria, dalla formazione di base all’organizzazione quotidiana degli studi medici. Tanto per fare un esempio, nel settembre 2020 fu sottoscritto un accordo tra Ministero della salute e sindacati dei MMG per l’esecuzione dei tamponi Covid. Un accordo rimasto lettera morta per palese impraticabilità logistico/organizzativa. Il Presidente dell’Ordine dei Medici di Milano parlò di una “rivolta dei condomini” nel caso che i medici di famiglia avessero cominciato a fare tamponi rapidi nei loro studi. Il Presidente della Società italiana di medicina generale (Simg) spiegò che: “Il medico il più delle volte lavora da solo e va in tilt, solo alcuni gruppi associati possono permettersi un segretario e un infermiere. Il punto debole è proprio l’assenza di un team professionale”.

La Documentazione

In questa scheda mettiamo a disposizione dei lettori tre documenti che affrontano la questione da tre differenti punti di vista.

1. Documento delle Regioni.

“Un sistema che si muove nella direzione di darsi una strutturazione fisica sul territorio, con luoghi di riferimento – come le Case della comunità - all’interno dei quali i cittadini, le famiglie e le comunità potranno contare su un insieme di servizi vocati alla presa in carico integrata, difficilmente potrà svilupparsi senza che possano essere strutturati adeguatamente anche i ruoli e le funzioni, nonché le relazioni, con i professionisti che oggi operano nell’assistenza primaria. (...) In un quadro di questo tipo l’attuale organizzazione della Medicina Generale (e della Pediatria di Libera Scelta e in parte la Specialistica Ambulatoriale Interna), derivante dagli Accordi Collettivi Nazionali, non riesce ad essere valorizzata all’interno dei sistemi regionali, diventando un ostacolo al percorso di sviluppo e strutturazione”.

Il doc delle Regioni (reso noto il 20 settembre) propone alcune soluzioni per la necessaria riorganizzazione della Medicina generale⁴.

³ <https://www.saluteinternazionale.info/2021/09/lombardizzare-il-ssn/>

⁴ [Prima analisi criticità e possibili modifiche nelle relazioni SSN/MMG in particolare nella prospettiva della riforma dell’assistenza territoriale determinata da PNRR](#)

1. Passaggio alla dipendenza dei Mmg
2. Forma di Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di ACN
3. Forma di Accreditamento e Accordi (tipo Privato-Accreditato)
4. Doppio canale: Dipendenza e Accreditamento da realizzare con modifica sostanziale di ACN

2. Documento della Medicina generale

Il principale sindacato della Medicina Generale (FIMMG) ha reagito negativamente alla proposta delle Regioni, in particolare rigettando la soluzione del passaggio alla dipendenza. anche alla luce delle indicazioni presenti nel PNRR, in un recente documento⁵ si ribadisce la tradizionale ostilità del sindacato nei confronti delle Case della salute (oggi Case della comunità - CDC), considerate in più di un'occasione come una sorta di anticamera della dipendenza per i MMG che le frequentassero. Il modello organizzativo prediletto dalla FIMMG è quello del "Microteam": medico di medicina generale più personale di studio (infermiere, segretario) assunto direttamente dal medico, o fornito da cooperative o società di servizi. I "Microteam" lavorano fuori dalle Case della comunità, in un immaginario rapporto *Hub and Spoke*. L'Hub è la CDC in cui trovano sede i servizi territoriali della ASL (Assistenza Domiciliare, UVI/UVD/UVGM, PUA, CUP, punto prelievi, riabilitazione, ecc.), mentre gli Spoke sono rappresentati dai Microteam.

3. Libro Azzurro del Gruppo "Campagna 2018: PHC Now or Never"

A fronte delle posizioni conservatrici del sindacato dei MMG, non mancano proposte per innovare e riorganizzare la medicina di famiglia. Ne è un esempio la proposta avanzata da un gruppo di mmg che ha recentemente pubblicato il Libro Azzurro⁶, ovvero un documento che contiene gli elementi essenziali per il rinnovamento e il rilancio delle cure primarie e della medicina di famiglia. Al centro di tale proposta c'è l'idea di un lavoro collegiale, svolto all'interno di strutture adeguate come le Case della comunità, basato su inter professionalità e interdisciplinarietà, sulla prossimità, capillarità e proattività degli interventi sociosanitari, per agire in maniera integrata e coordinata verso i bisogni sanitari e sociali delle comunità. Nel documento ci sono anche altre idee, tra cui quella di una formazione di livello universitario e di una nuova forma contrattuale.

⁵ [FIMMG - Per una riforma della medicina generale](#)

⁶ [Libro Azzurro](#).



Per contattarci:

salutedirittofondamentale.it

salutedirittofondamentale@gmail.com

[Facebook](#)